



## **PARECER JURÍDICO FINAL**

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE PESQUISA E ASSESSORIA  
FIRMADO ENTRE O CEPEDISA E O CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA**

### **A REGULAÇÃO ESTATAL SOBRE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E SUAS IMPLICAÇÕES SOBRE OS SERVIÇOS DE PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

**Equipe de Redação e Pesquisa:**

**Coordenador:**

Dr. Fernando Aith

**Pesquisadores:**

Ms. Marco Aurélio A. Torronteguy

Bel. Gabriela Barros de Luca

**SÃO PAULO - 2009**

## **PARECER JURÍDICO FINAL**

# **A REGULAÇÃO ESTATAL SOBRE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E SUAS IMPLICAÇÕES SOBRE OS SERVIÇOS DE PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

## **SUMÁRIO**

### **1 INTRODUÇÃO**

#### **1.1 SAÚDE: DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO**

##### **1.1.1 Estado Democrático de Direito, Constitucionalismo e proteção dos Direitos Humanos**

##### **1.1.2 A saúde como um Direito humano fundamental no Brasil**

##### **1.1.3 Saúde como Dever do Estado: O Sistema Único de Saúde**

#### **1.2 PARTICIPAÇÃO DA INICIATIVA PRIVADA NA SAÚDE: SAÚDE COMPLEMENTAR E SAÚDE SUPLEMENTAR.**

##### **1.2.1 Saúde Complementar**

##### **1.2.2 Saúde Suplementar**

#### **1.3 A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS: ÓRGÃO FEDERAL DE REGULAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO SETOR NO PAÍS**

#### **1.4 MARCOS REGULATÓRIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR: LEIS FEDERAIS 9.656/1998 E 9.961/2000**

##### **1.4.1 Lei 9.656/1998**

#### **1.4.2 A Lei 9.961/2000**

#### **1.4.3 A fiscalização dos serviços dos Psicólogos prestados no âmbito da saúde suplementar**

### **2 PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: ANÁLISE DA REGULAÇÃO DOS OS SERVIÇOS DE PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL PRESTADOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

#### **2.1 PREVENÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS:**

##### **2.1.1 Prevenção na Organização e funcionamento dos serviços públicos de saúde**

##### **2.1.2 Prevenção na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS**

##### **2.1.3 Prevenção no Pacto pela Saúde 2006 – “Consolidação do SUS e Diretrizes Operacionais”**

##### **2.1.4 Medidas Preventivas no Atendimento a Usuários de Álcool e Outras Drogas**

##### **2.1.5 Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio**

##### **2.1.6 Prevenção nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS**

#### **2.2 PREVENÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

##### **2.2.1 Medidas Preventivas nos planos privados de assistência à Saúde**

##### **2.2.2 Prevenção no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde**

##### **2.2.3 Medidas Preventivas nas Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar**

#### **2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A LEGISLAÇÃO DE PREVENÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

### **3 ATENDIMENTO DE SAÚDE MENTAL NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA, AMBULATORIAIS E HOSPITALARES: ANÁLISE DA REGULAÇÃO DOS REFERIDOS SERVIÇOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS E NO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

#### **3.1 REGULAÇÃO PELO SUS**

##### **3.1.1 Atendimento ambulatorial - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**

##### **3.1.2 Atendimento hospitalar**

##### **3.1.3 Atendimento de emergência**

#### **3.2 REGULAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

##### **3.2.1 Plano ambulatorial**

##### **3.2.2. Plano hospitalar**

##### **3.2.3 Atendimento de emergência**

#### **3.3. CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE EMERGÊNCIAS E ATENDIMENTO AMBULATORIAL E HOSPITALAR**

### **4 ATENDIMENTO DOMICILIAR EM SAÚDE MENTAL**

#### **4.1 ATENDIMENTO DOMICILIAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

##### **4.1.1 - Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar**

##### **4.1.2 Atendimento Domiciliar nos serviços de Saúde Mental do SUS**

##### **4.1.3 Atendimento Domiciliar no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS)**

##### **4.1.4 Atendimento Domiciliar nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS**

##### **4.1.5 Atendimento Domiciliar de Pacientes com Transtornos causados pelo Uso Prejudicial ou Dependência de Álcool e Outras Drogas**

## **4.2 ATENDIMENTO DOMICILIAR NO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

### **4.2.1 Atendimento Domiciliar no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de cobertura mínima**

### **4.2.2 Atenção Domiciliar nas Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar**

### **4.2.3 Considerações Finais sobre Atendimento Domiciliar**

## **5 - ATENDIMENTO TERAPÊUTICO E/OU POR SESSÕES EM SAÚDE MENTAL NO SUS E NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

### **5.1 NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

#### **5.1.1 Atendimento Terapêutico/ por sessões nos Hospitais**

#### **5.1.2 Terapia Psicossocial no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS)**

#### **5.1.3 Terapia Psicossocial nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS**

#### **5.1.4 Terapia Psicossocial no Atendimento de Pacientes com Transtornos causados pelo Uso Prejudicial ou Dependência de Álcool e Outras Drogas**

### **5.2 - NO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

#### **5.2.1 Porta de Entrada**

#### **5.2.2 Terapia Psicossocial na Cobertura dos Tratamentos dos Transtornos Psiquiátricos**

#### **5.2.3 Terapia Psicossocial no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde**

#### **5.2.4 Limite ao número de sessões**

### **5.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE ATENDIMENTO POR SESSÕES**

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**



**6.1 SOBRE A LEGISLAÇÃO DE PREVENÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

**6.2 SOBRE EMERGÊNCIAS E ATENDIMENTO AMBULATORIAL E HOSPITALAR**

**6.3 SOBRE ATENDIMENTO POR SESSÕES**

**6.4 NECESSIDADE DE APERFEIÇOAMENTO DA REGULAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR PARA A PROTEÇÃO DA SAÚDE MENTAL**

## 1 – INTRODUÇÃO

O presente Parecer Jurídico Final foi elaborado com base em parceria de cooperação técnica firmada entre o Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário – CEPEDISA e o Conselho Federal de Psicologia - CFP para a execução de pesquisa sobre os principais aspectos da regulação sobre saúde mental no Brasil, com enfoque em alguns pontos de interesse direto do Conselho Federal de Psicologia – CFP.

Este Parecer Jurídico Final organiza-se de forma a analisar a regulação sobre saúde mental no Brasil no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e do sistema de saúde suplementar a partir da perspectiva de organização da rede de serviços de saúde no Brasil, que obedece a um modelo hierarquizado. Sendo assim, serão analisadas de forma comparativa as normas jurídicas que regulam a saúde mental no Brasil no SUS e na saúde suplementar, a partir das seguintes perspectivas: i) atendimentos preventivos; ii) atendimentos de emergência; hospitalares e ambulatoriais; iii) atendimentos domiciliares e; atendimentos terapêuticos e/ou por sessões.

A metodologia de análise seguida obedece a um roteiro básico que facilita a comparação entre a regulação incidente sobre o sistema público de saúde (SUS) e a regulação incidente sobre o sistema de saúde suplementar. A premissa hermenêutica básica que orienta este Parecer segue a diretriz constitucional segundo a qual os serviços de saúde no país possuem relevância pública (Art. 197 da CF) e devem orientar-se de acordo com a diretriz da integralidade.

Por ser um sistema suplementar ao público, o sistema de saúde suplementar, regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, deve observar em sua normativa geral os mesmos princípios e diretrizes que orientam o sistema público, guardadas as devidas peculiaridades que cercam cada um destes sistemas. É dever do sistema de saúde suplementar oferecer serviços integrais e resolutivos, que dêem conta das

demandas de saúde a ele encaminhadas, aliviando assim o sistema público e funcionando de forma verdadeiramente complementar ao SUS.

Para o desenvolvimento deste estudo foi seguida a seguinte metodologia:

- 1.1. Pesquisa e identificação das normas jurídicas de direito sanitário que regulam a saúde mental no Brasil e suas implicações para os serviços de psicologia e psicoterapia no âmbito da saúde suplementar (normas constitucionais, legais e infralegais);
- 1.2. Análise e interpretação das normas jurídicas identificadas para a compreensão da atual regulação da saúde mental no Brasil e suas implicações para os serviços de psicologia e psicoterapia no âmbito da saúde suplementar. A análise realizada aferiu a adequação da atual regulação infralegal exarada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS aos princípios do Direito Sanitário Brasileiro, derivados do sistema constitucional de proteção do direito fundamental à saúde estipulado especialmente pelos Arts. 6º e 196 a 200 da Constituição de 1988;
- 1.3. Elaboração deste Parecer Jurídico Final com as conclusões das pesquisas sobre Direito Sanitário realizadas.

As análises jurídicas realizadas e as conclusões aqui exaradas refletem os resultados da pesquisa realizada e da ampla discussão coletiva realizada pela equipe do CEPEDISA com representantes do Conselho Federal de Psicologia - CFP.

Importante ressaltar a necessidade de aprofundar, em sede introdutória, a compreensão sobre o papel da saúde suplementar no Brasil. A partir desta compreensão inicial é que serão detalhados alguns aspectos da regulação da saúde suplementar sobre

saúde mental no Brasil que possuem impacto direto sobre as atividades de psicologia no país.

A saúde foi reconhecida pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 como direito de todos e dever do Estado. A partir desse reconhecimento expresso da saúde como um direito, o Estado brasileiro organizou o Sistema Único de Saúde – SUS, voltado a organizar as ações e serviços públicos de saúde no país. Ao mesmo tempo, a iniciativa privada também pode participar do setor da saúde, desde que em observância às normas jurídicas vigentes no país.

Um dos grandes campos de atuação da iniciativa privada na área da saúde é o campo da saúde suplementar. É justamente neste campo que os serviços psicológicos ainda são incipientes e merecem um estudo mais aprofundado. Regulado pelas Leis 9.656, de 3 de junho de 1998, e 9.961, de 28 de janeiro de 2000, o setor da saúde suplementar atende hoje mais de 42 milhões de beneficiários no Brasil, sendo o segundo maior mercado após os Estados Unidos da América.

A regulação do setor de saúde suplementar no Brasil ainda não atingiu um grau de aperfeiçoamento que nos permita afirmar que os beneficiários de planos de saúde estão com seu direito à saúde garantido. Um dos grandes desafios atuais, que este documento procura auxiliar na busca de soluções, é o de inserir no âmbito da saúde suplementar a obrigatoriedade do oferecimento de serviços psicológicos voltados à atenção de aspectos essenciais da saúde humana, como a saúde mental, o enfrentamento de situações limites (como os cânceres) ou ainda os aconselhamentos psicológicos que possibilitem ao indivíduo uma correta compreensão de sua saúde e dos fatores de risco a que está submetido.

A regulação da saúde suplementar no Brasil, feita pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, merece ser melhor compreendida e analisada, para que se possa propor alterações no sentido de melhorar os mecanismos de proteção dos beneficiários dos planos de saúde e para que se possa contribuir, efetivamente, para a melhoria da atenção à

saúde no país. As contribuições que podem ser dadas pelos psicólogos são relevantes, sendo este um documento base para que as discussões e reflexões sobre o tema possam fazer com que a saúde suplementar no Brasil se humanize cada vez mais e atenda de forma eficiente e adequada aos cidadãos que a procuram.

## 1.1 - SAÚDE: DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO

A saúde é direito de todos e dever do Estado. É assim que a Constituição de 1988 protege a saúde, reconhecendo-a como um direito fundamental do ser humano. A partir desse reconhecimento, importantíssimo para a proteção da saúde no Brasil, a Constituição oferece os fundamentos jurídicos que devem ser observados pelo Estado e pela sociedade no desenvolvimento de ações que visem à promoção, à proteção e à recuperação da saúde no país.

A Constituição de 1988 dedicou alguns artigos<sup>1</sup> para expressamente dispor sobre os grandes princípios e diretrizes que devem pautar as ações do Estado e da sociedade na busca da proteção do direito à saúde no Brasil. A partir desse avanço Constitucional, os legisladores brasileiros passaram a produzir um conjunto de normas jurídicas<sup>2</sup> voltadas justamente à proteção do direito à saúde no país, ampliando de forma bastante significativa a abrangência do direito sanitário brasileiro.

Dentre as normas jurídicas que protegem o Direito à Saúde destacam-se, preliminarmente, aquelas que disciplinam o Sistema Único de Saúde – SUS nacionalmente: a Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei Federal 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Por ser a saúde um dever do Estado, este deve organizar uma rede de ações e serviços públicos de saúde realizados pela União, pelos Estados e pelos Municípios. O

---

<sup>1</sup> Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Arts. 6º e 196 a 200.

<sup>2</sup> Leis, Decretos, Portarias, Resoluções, etc.

Estado deve ser capaz, portanto, de desenvolver políticas econômicas e sociais voltadas à redução dos riscos de doenças e outros agravos à saúde e à promoção do acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde.

Uma das principais diretrizes do SUS é promover o atendimento integral da população, ou seja, ações e serviços públicos que dêem conta da promoção, prevenção e recuperação da saúde, abrangendo desde educação em saúde e fornecimento de medicamentos, passando pelo fornecimento de órteses, próteses, exames diagnósticos e tratamentos terapêuticos, até os cuidados que demandam a realização de cirurgias de alta complexidade.

Para a proteção da saúde no Brasil, os legisladores produziram duas leis importantes que instituem as Agências Reguladoras da área da saúde. A Lei 9.782, de 26 de janeiro de 1999, institui a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, e a Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, instituiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Ambas as Agências Reguladoras foram criadas para normatizar e fiscalizar, em benefício da saúde pública, atividades de interesse à saúde no Brasil. Neste contexto, a ANS foi definida como o órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam assistência suplementar à saúde no Brasil.

Para compreender a regulação incidente sobre a saúde suplementar no Brasil, portanto, convém introdutoriamente mencionar alguns aspectos importantes sobre a evolução política, jurídica e institucional do Brasil, evolução esta que ampliou os mecanismos de proteção do direito à saúde no país, inclusive no que diz respeito aos serviços prestados pela iniciativa privada. Com efeito, foi com a Constituição de 1988 que o Brasil voltou a funcionar na forma de um Estado Democrático de Direito, fundado em uma Constituição promulgada democraticamente e que protege os direitos humanos. A proteção dada à saúde vem, assim, neste contexto mais amplo da história política e jurídica brasileira, sendo importante ressaltar, preliminarmente, alguns elementos essenciais à compreensão da regulação incidente sobre a saúde suplementar no Brasil.

### 1.1.1 - Estado Democrático de Direito, Constitucionalismo e proteção dos Direitos Humanos

A partir do momento em que as organizações sociais foram adotando o laicismo e abandonando modelos de organização social embasados na religião, deu-se o desenvolvimento de uma nova forma de pensar na organização das sociedades, com o conseqüente apelo para a razão como fundamento do Estado e do Direito. Iniciou-se, assim, uma difusão em larga escala, nos séculos XVII e XVIII, da tese do contrato social como explicação e origem do Estado, da Sociedade e do Direito. *"Afirma-se, desta maneira, que o Estado e o Direito não são prolongamento de uma sociedade natural originária e orgânica, como a família, mas sim uma construção convencional de indivíduos, ao saírem do estado de natureza. Por outro lado, o contratualismo oferece uma justificação do Estado e do Direito porque não encontra o seu fundamento no poder irresistível do soberano ou no poder ainda mais incontestável de Deus, mas sim na base da sociedade, através da vontade dos indivíduos"*<sup>3</sup>.

O Estado de Direito representa hoje, após um amplo processo de afirmação dos direitos humanos<sup>4</sup>, um dos fundamentos essenciais de organização das sociedades políticas do mundo moderno.<sup>5</sup> A atual concepção de Estado modela-se no sentido de direcionar a estrutura estatal para a promoção e proteção dos direitos humanos (civis, políticos, sociais, econômicos, culturais, difusos e coletivos). Estes direitos, por sua vez, exigem, para sua promoção e proteção, um ambiente social dotado de regras de convivência que garantam a todos, sem exceção, o respeito à vida e à dignidade do ser

<sup>3</sup> LAFER, Celso. A Reconstrução dos Direitos Humanos – Um Diálogo Com o Pensamento de Hannah Arendt. 2ª Reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 1988. p. 121

<sup>4</sup> COMPARATO, Fábio Konder. A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos. 1ª Edição. São Paulo: Editora Saraiva, 1999.

<sup>5</sup> O Artigo 16 da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789 é reiteradamente citado para identificar os elementos essenciais de uma Constituição: “Art. 16. Toda sociedade na qual a garantia dos direitos não é assegurada nem a separação dos poderes determinada, não tem constituição”. In: COMPARATO, Fábio Konder. A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos. Editora Saraiva. São Paulo. 1999. p. 139.

humano. Essas regras devem atingir não só a figura dos governados como também, e principalmente, a figura dos governantes. O exercício do poder deve sujeitar-se a regras pré-estabelecidas, voltadas à promoção, proteção e garantia dos direitos humanos. A esse conjunto de regras, que define o âmbito do poder e o subordina aos direitos e atributos inerentes à dignidade humana, damos o nome de Estado de Direito.<sup>6</sup>

Como comunidade social, “o Estado – de acordo com a teoria tradicional do Estado – compõe-se de três elementos: a população, o território e o poder, que é exercido por um governo do Estado independente. Todos esses três elementos só podem ser definidos juridicamente, isto é, eles apenas podem ser apreendidos como vigência e domínio de vigência (validade) de uma ordem jurídica (...) O poder do Estado não é uma força ou instância mística que esteja escondida atrás do Estado ou do seu Direito. Ele não é senão a eficácia da ordem jurídica”<sup>7</sup>. Essa concepção de Estado orienta até os dias de hoje o conceito de Estado de Direito, onde a eficácia da ordem jurídica - do Direito - é fundamental para a existência de um Estado de Direito.

Nos Estados Modernos, a ordem jurídica costuma organizar-se com base em um texto normativo de hierarquia superior denominado Constituição do Estado. As regras fundamentais de estruturação, funcionamento e organização do poder, bem como de definição de direitos básicos, não importa o regime político nem a forma de distribuição de competência aos poderes estabelecidos são, por conseguinte, matéria de direito constitucional.<sup>8</sup> Para J.J. Canotilho, o “*constitucionalismo é a teoria que ergue o princípio do governo limitado indispensável à garantia dos direitos em dimensão estruturante da organização político-social de uma comunidade. Neste sentido, o constitucionalismo moderno representará uma técnica específica de limitação do poder com fins garantísticos. (...) Numa outra acepção – histórico descritiva – fala-se em constitucionalismo moderno*

<sup>6</sup> NIKEN, Pedro. El Concepto de Derechos Humanos. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Serie Estudios de Derechos Humanos. Tomo I, p. 22.

<sup>7</sup> KELSEN, Hans. Teoria Pura do Direito. 2ª Edição Brasileira. São Paulo. Editora Martins Fontes, 1987. p. 303.

<sup>8</sup> BONAVIDES, Paulo. Curso de Direito Constitucional. 9ª ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2000. p.26

*para designar o movimento político, social e cultural que, sobretudo a partir de meados do século XVIII, questiona nos planos político, filosófico e jurídico os esquemas tradicionais de domínio político, sugerindo, ao mesmo tempo, a invenção de uma nova forma de ordenação e fundamentação do poder político”.*<sup>9</sup>

Dentre as principais características do constitucionalismo surgido com o advento do Estado moderno, sobretudo após a Revolução Francesa de 1789, destacam-se a positivação do princípio da legalidade; o surgimento de constituições escritas e rígidas, que exigem procedimentos mais complexos para sua alteração; a positivação do princípio de divisão de poderes; a positivação de direitos individuais inalienáveis e imprescritíveis – propriedade, liberdade e igualdade; a legitimação do poder político nas mãos da soberania popular, que pode exercê-lo diretamente ou por meio de representatividade no poder legislativo – elevação da noção de cidadania – e o surgimento de um Estado liberal, destinado prioritariamente a garantir a liberdade individual, sem quase nenhuma preocupação com o bem estar coletivo e caracterizado pelo *absenteísmo* – “*laissez faire, laissez passer*”.

São exemplos de Constituições Liberais as Constituições: Francesa, de 1791; dos Estados Unidos da América de 1787; Espanhola e Portuguesa, de 1812; Belga de 1822 e a Brasileira de 1824. Estas Constituições refletiram o liberalismo burguês, pensamento dominante da época, orientando uma atitude passiva do Estado, como simples conservador dos direitos dos que já os possuíam, sem nada fazer pelos que não tinham qualquer direito a conservar. A ordem política instalada pela nova classe dominante, detentora do poder econômico - a burguesia do “*laissez faire, laissez passer*” - pregava a não intervenção do Estado na liberdade de iniciativa e de contrato (inclusive de trabalho). Tal orientação política, absorvida pelo Direito, acabou gerando um enorme desequilíbrio social, onde patrões exploravam empregados com a aplicação da “*mais valia*”, regimes

---

<sup>9</sup> CANOTILHO. J.J. Gomes. Direito Constitucional e Teoria da Constituição, 3ª Ed., Editora Almedina, Coimbra, 1998.

trabalhistas de semi escravidão, com jornadas de trabalho de até 16 horas por dia, trabalho infantil generalizado e direitos trabalhistas quase inexistentes.

Estas desigualdades estimularam o surgimento, ainda no Século XIX, de movimentos em prol da positivação dos direitos sociais. O Estado, tal como estava sendo utilizado, tornou-se um instrumento de opressão dos trabalhadores e das classes menos favorecidas. Os movimentos do século XIX questionavam a questão da liberdade como sendo um direito apenas destinado ao burguês, já que somente quem tinha tempo poderia fazer reunião e somente quem tinha meios poderia expressar suas opiniões. Os direitos individuais conquistados estavam se mostrando como direitos meramente formais, existente para uma pequena parcela da população e causador de exclusões sociais gritantes. Denunciavam a suplantação do direito de igualdade pelo direito de liberdade. O que estava sendo colocado em xeque era o fato de que a proteção exclusiva dos direitos individuais não estava contemplando os princípios da Revolução de 1789, uma vez que haviam sido deixadas de lado a igualdade e a fraternidade. Caberia ao Estado, desta forma, interferir na atividade dos particulares para que estes usufríssem a liberdade individual sem que com isso prejudicassem os direitos sociais e a busca pela igualdade. Neste mesmo sentido já acenava a Igreja Católica, através do Papa Leão XIII, que em 1891 redigiu a encíclica *Rerum Novarum*, na qual advogava a intervenção ativa do estado em questões sociais, visando melhorar as condições de vida dos miseráveis e excluídos.

Entretanto, somente no século XX os direitos sociais começaram a se incorporar nas constituições dos Estados. A primeira a incluí-los foi a Constituição Mexicana, em 1917, sendo seguida por diversas outras nações, incluindo o Brasil. Esta evolução histórica de constitucionalização (fundamentalização) resultou num modelo estatal adotado pela grande maioria dos países do mundo, onde figuram, desde o início do século, de um lado, os direitos individuais, derivados da Bill of Rights e da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão. Os direitos individuais são direitos que protegem o indivíduo contra o Estado - vida, segurança, igualdade de tratamento perante a lei,

propriedade, liberdade (de ir e vir, de expressão, de reunião, de associação, dentre outras liberdades).

De outro lado, podemos encontrar em diversas constituições menções expressas aos direitos sociais, econômicos e culturais, que refletem pretensões do indivíduo perante o Estado - trabalho (greve, salário mínimo, jornada máxima de trabalho, aposentadoria), acesso aos bens históricos e culturais e às ciências, educação, saúde, moradia, lazer, segurança, previdência social, dentre outros.

Nas últimas décadas pudemos acompanhar o surgimento dos direitos que têm como titular não os indivíduos na sua singularidade, mas grupos humanos, como a família, o povo, a nação ou a própria humanidade<sup>10</sup>. Pode-se dizer que compõem ainda esse conjunto de direitos humanos os direitos ao desenvolvimento, à paz, de propriedade sobre o patrimônio comum da humanidade, ao meio ambiente e de comunicação.<sup>11</sup>

Importante destacar que o Estado de Direito brasileiro, que tem como fundamento jurídico-normativo a Constituição de 1988, pressupõe que *“todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”*.<sup>12</sup> Ao mesmo tempo em que reconhece e protege os direitos individuais, civis e políticos, o Estado de Direito brasileiro protege os direitos sociais, ao reconhecer, na Constituição de 1988, que *“são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”*.<sup>13</sup> E, complementando o arcabouço constitucional de proteção dos direitos humanos, o §2º do

<sup>10</sup> Celso Lafer, *A Reconstrução Histórica dos Direitos Humanos*, Companhia das Letras, 2ª edição, 1998, p. 125 a 137

<sup>11</sup> Karel Vasak, *Léçon Inaugurale*, sob o título *Pour Les Droits de l'Homme de la Troisième Génération: Les Droits de Solidarité*, ministrada em 2 de julho de 1979, no Instituto Internacional dos Direitos do Homem, em Estrasburgo, apud Paulo Bonavides, *Curso de Direito Constitucional*, Ed. Malheiros, 9ª edição, São Paulo, 2000, p. 523

<sup>12</sup> BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Art. 5º, *Caput*.

<sup>13</sup> BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Art. 6º.

Art. 5º da Constituição dispõe que “*os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa seja parte*”.

### 1.1.2 - A saúde como um Direito humano fundamental no Brasil

Existem, portanto, no Estado de Direito brasileiro, direitos fundamentais que devem ser promovidos e protegidos pela sociedade como um todo e, principalmente, pelos órgãos de Administração do Estado criados pela própria Constituição. De fato, todo Poder carece do aparelho administrativo para a execução de suas determinações. O Estado de Direito brasileiro representa o modelo modernamente adotado para a garantia dos “*princípios axiológicos supremos*” dos direitos humanos, quais sejam, a liberdade, a igualdade e a fraternidade (solidariedade)<sup>14</sup>.

Serve o Estado de Direito, assim, como instrumento viabilizador da realização dos direitos humanos, voltado à proteção e promoção da liberdade, da igualdade e da fraternidade<sup>15</sup>. A liberdade expressa-se, no Estado de Direito, através da vontade dos indivíduos, que tem como núcleo central a idéia da autonomia, demonstrando-se através da submissão de todos os membros de uma determinada sociedade às regras que ela própria estabelece e ao poder do governante que ela própria elege. As liberdades públicas, no sentido político de autogoverno, e as liberdades privadas, mecanismos de defesa existentes contra intervenções arbitrárias do governo, compõem o primeiro elemento da tríade de princípios axiológicos supremos que têm, no Estado de Direito, a sua proteção mais sólida.

<sup>14</sup> COMPARATO, Fábio Konder. A afirmação histórica dos direitos humanos. 1ª Ed. São Paulo: Editora

Saraiva, 1999, p. 50.

<sup>15</sup> O Preâmbulo da Constituição nos oferece exata dimensão deste aspecto do Estado de Direito: “Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos...promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil”.

E esta proteção é dada através do conjunto de direitos individuais voltados à garantia da liberdade.

O Estado de Direito consolida em sua dimensão, ainda, a igualdade formal, no sentido de que todos são iguais perante a Lei, não podendo haver leis ou regras aplicáveis apenas a alguns, da mesma forma que estas leis não podem privilegiar indivíduos ou grupos em detrimento de outros. A igualdade formal, um grande avanço para a proteção dos direitos humanos, necessita, para se tornar realmente efetiva, do terceiro princípio axiológico supremo, ou seja, a solidariedade. De nada adianta todos terem a igualdade formal garantida se as diferenças materiais existentes entre indivíduos da mesma sociedade podem anular esta proteção. De fato, dizer que formalmente todos têm direito à propriedade não basta para que tenhamos uma sociedade que respeite os direitos humanos, se a propriedade só estiver ao alcance de alguns. Seria tão inútil quanto se afirmar que todos podem ir à lua, sabendo-se que os meios tecnológicos que nos permitem ir à lua são inacessíveis a quase a totalidade dos seres humanos.

Neste sentido, o terceiro elemento que compõe a tríade de princípios axiológicos supremos, dando a dimensão dos elementos essenciais do denominado Estado de Direito, é a fraternidade. A fraternidade, ou solidariedade, expressa-se como o conjunto de regras voltadas a um escopo comum de progresso e melhoria da qualidade de vida de todos aqueles que compõe o grupo social, determinando que um dos grandes objetivos do ser humano é possuir uma sociedade que ofereça a todos os seus integrantes a igualdade material. Para tanto é que foram sendo positivados os direitos sociais como direitos humanos, destinados a garantir condições mínimas de existência a todos os seres humanos, em especial os mais fracos e os mais pobres. A saúde encaixa-se, exatamente, neste grupo de direitos, que necessitam de uma atuação ativa do Estado para a sua proteção. Para a proteção dos direitos sociais é necessário que o Estado, através de seus órgãos, adote medidas ativas e intervencionistas buscando promover os direitos sociais na sociedade, em busca do ideal da igualdade material. É preciso garantir um patamar mínimo de vida para todos os seres humanos da sociedade brasileira, cabendo ao Estado o dever de promover e

proteger os direitos sociais, principalmente da parcela da população que não tem acesso a esses direitos.

A gênese dos Estados de Direito modernos encontra-se justamente na positivação do Direito, ou seja, na consolidação das expectativas sociais na Constituição. Como bem assevera Antonio Augusto Cançado Trindade, a proteção internacional dos direitos humanos testemunhou, nas últimas décadas, tentativas ou propostas de categorizações de direitos, dentre as quais a mais próxima da operação dos meios de implementação tem sido precisamente a da suposta distinção entre direitos civis e políticos, e direitos econômicos, sociais e culturais. Não tardou muito para que se percebesse que, assim como há direitos civis e políticos que requerem ação positiva do Estado (v.g. direito civil à assistência judiciária como integrante das garantias do devido processo legal), também há os direitos econômicos, sociais e culturais ligados à garantia do exercício de medida de liberdade (e.g. direito à greve e liberdade sindical), ao que há que se acrescentar a vinculação dos direitos humanos à garantia efetiva da liberdade da pessoa humana. Ao recordar, a esse respeito, que o núcleo de direitos humanos possui caráter inderrogável (v.g. direitos à vida, a não ser submetido a tortura ou escravidão), encontrando-se inelutavelmente ligado à salvaguarda da própria existência, liberdade e dignidade da pessoa humana, compreende-se a razão para que, no transcurso das três últimas décadas, tenha havido uma reconsideração geral da dicotomia entre os direitos econômicos, sociais e culturais e os direitos civis e políticos.<sup>16</sup>

Cançado Trindade aponta que o divisor de águas neste sentido foi a I Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Teerã no ano de 1968. A Conferência proclamou a indivisibilidade dos direitos humanos, afirmando que a realização plena dos direitos civis e políticos seria impossível sem o gozo dos direitos econômicos, sociais e culturais. Em suma, "entre as duas 'categorias' de direitos - individuais e sociais ou

---

<sup>16</sup> Antonio Augusto Cançado Trindade, *Tratado de Direito Internacional dos Direitos Humanos*, p. 359, 360)

coletivos - não pode haver senão complementaridade e interação, e não compartimentalização e antinomia"<sup>17</sup>.

A saúde foi reconhecida, nesse contexto, como um Direito humano social expressamente previsto pela Constituição brasileira e por diversos instrumentos normativos internacionais. O reconhecimento da saúde como um Direito humano fundamental deu origem a uma profusão de normas e decisões jurídicas que têm o escopo de garantir esse importante direito humano, dando vida e conteúdo a uma parte específica da ciência jurídica, que chamamos de Direito Sanitário. O Direito Sanitário é, hoje, uma realidade do ordenamento jurídico que não pode mais ser ignorada. Trata-se de uma parte importante do Estado de Direito brasileiro, pois é justamente a organização jurídica do Estado brasileiro voltada à promoção, proteção e recuperação da saúde no Brasil. O Direito Sanitário é formado pelo conjunto de normas jurídicas que tem por finalidade a concretização do Direito humano fundamental à saúde.

Desde a Constituição Federal, passando por normas definidas em Tratados Internacionais, em Leis internas brasileiras e em normas infra-legais, encontraremos diversos instrumentos jurídico-normativos que tratam de variados aspectos relacionados com o Direito à saúde, sempre voltados à garantir o Direito à saúde de cada indivíduo e da sociedade. Esse aparato normativo dá origem à necessidade de uma interpretação sistêmica e lógica, bem como exige das autoridades públicas um dever de agir que se concretiza através de decisões (a execução de uma política pública, a normatização de um setor da saúde, uma decisão judicial visando garantir um tratamento etc.).

O direito à saúde foi reconhecido como um Direito Humano fundamental no Brasil e encontra-se categorizado no que se convencionou chamar de Direitos Sociais ou

---

<sup>17</sup> Antonio Augusto Cançado Trindade, ob. Cit., p. 360. A Conferência Mundial de Direitos Humanos de 1993, realizada em Viena, também proclamou solenemente a indivisibilidade entre os direitos individuais, civis, políticos, econômicos, culturais e sociais, estipulando ainda outros princípios de interação, nos seguintes termos: "Todos os direitos humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados."

Direitos Humanos de segunda geração. A própria Constituição de 1988 expressamente declara a saúde como um Direito social (CF, art. 6º). Entretanto, cumpre destacar, na linha já traçada por Cançado Trindade, que o direito à saúde, como Direito social que é, realmente possui a característica de exigir do Estado brasileiro ações concretas e efetivas para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Deve assim o Estado intervir na dinâmica social para a proteção do Direito à saúde. De outro lado, a saúde também possui diversas características que lhe oferecem contornos de direito subjetivo público. O Direito à saúde pode ser também considerado como um Direito subjetivo público<sup>18</sup> na medida em que permite que o cidadão ingresse com uma ação junto ao Poder Judiciário para exigir do Estado ou de terceiros responsáveis legalmente a adoção ou a abstenção de medidas concretas em favor da saúde.

Assim, podemos perceber que, como Direito Social, o direito à saúde exige do Estado a adoção de ações concretas para sua promoção, proteção e recuperação, como a construção de hospitais, a adoção de programas de vacinação, a contratação de médicos, etc. De outro lado, deve-se ter em vista que o Direito à saúde também se configura em um direito subjetivo público, ou seja, um direito oponível ao Estado por meio de ação judicial, pois permite que um cidadão ou uma coletividade exijam do Estado o fornecimento de um medicamento específico ou de um tratamento cirúrgico. Assim, o Direito à saúde é ao mesmo tempo um direito social e um direito subjetivo pois permite que um cidadão ou uma coletividade exijam que o Estado adote medidas específicas em benefício da sua saúde ou que o Estado se abstenha de adotar ações que possam causar prejuízos à saúde individual ou coletiva (ou seja, também exige abstenção do Estado, como por exemplo não poluir o ambiente).

O Direito à saúde é, portanto, um direito humano fundamental da sociedade brasileira, necessário para o desenvolvimento do país. Por essa razão as ações e serviços de saúde são considerados como de relevância pública (CF, art. 197) e devem estar

---

<sup>18</sup> Faculdade de agir por parte de um cidadão ou de uma coletividade para ver um direito seu ser observado.

sujeitos aos mecanismos de controle social de uma democracia, para evitar eventuais abusos a esse Direito. Por essa razão, também, que a saúde foi considerada, pela Constituição, um Direito de todos e um dever do Estado.

### 1.1.3 - Saúde como Dever do Estado: O Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde – SUS é a instituição jurídica mais importante do Direito Sanitário brasileiro. Podemos conceituá-lo como a instituição jurídica criada pela Constituição Federal para organizar as ações e serviços públicos de saúde no Brasil.

O SUS é uma instituição jurídica criada pela Constituição Federal de 1988. A nossa carta define o SUS (art. 198), estabelece as suas principais diretrizes (Art. 198, incisos I a III), expõe algumas de suas competências (art. 200), fixa parâmetros de financiamento das ações e serviços públicos de saúde (art. 198, parágrafos 1º a 3º) e orienta, de modo geral, a atuação dos agentes públicos estatais para a proteção do Direito à saúde (arts. 196, 197 e 198, caput). Como um sistema que é, o SUS reúne em si todas as instituições jurídicas que desenvolvem ações e serviços públicos de saúde no Brasil.

Como previsto no Art. 196 da CF, *“a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”*. Para melhor explicar os contornos do dever estatal de proteger o Direito à saúde, a Constituição Federal prevê que as ações e serviços de saúde são de relevância pública cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. No que se refere à execução das ações e serviços de saúde, deve ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (CF, art. 197). A execução direta de ações e serviços de saúde pelo Estado é feita através de diferentes instituições jurídicas do Direito Sanitário, verdadeiras instituições-organismos de direito público: Ministério da Saúde, Secretarias

Estaduais e Municipais de Saúde, Autarquias hospitalares, Autarquias Especiais (Agências Reguladoras), Fundações etc.

Assim, a execução direta de ações e serviços públicos de saúde pelo Estado pressupõe a existência de um conjunto de instituições jurídicas de direito público com poderes e responsabilidades específicos para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Todas as ações e serviços de saúde executados pelas instituições-organismos de Direito público serão consideradas ações e serviços públicos de saúde e estarão, portanto, dentro da esfera de atuação da saúde pública, do Sistema Único de Saúde.

Também serão consideradas ações e serviços públicos de saúde aquelas executadas por instituições privadas nos termos do parágrafo 1º do Art. 199 da Constituição, ou seja, aquelas que firmem convênios ou contratos com as instituições de direito público do SUS e que observem as suas diretrizes e princípios. Assim, as instituições privadas que firmarem convênios ou contratos com as instituições-organismos de Direito público também estarão executando ações e serviços públicos de saúde e farão parte do SUS.

Tal conceito foi delineado legalmente pela Lei 8.080/90, que define o Sistema Único de Saúde em seu artigo 4º, dispondo que o “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)”. O §1º do mesmo artigo prevê que “estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde”. No que diz respeito à participação da iniciativa privada no SUS, o § 2º dispõe: “A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar”.

Criado pela Lei Maior do país, o SUS reúne em seu conteúdo todas as instituições jurídicas responsáveis pela execução das ações e serviços públicos de saúde.

Em síntese, o Sistema Único de Saúde é uma instituição-organismo do Direito Sanitário que engloba em si todas as instituições jurídicas responsáveis pela concretização das ações e serviços públicos de saúde (Ministério da Saúde, Secretarias, Agências, autarquias, etc).

Importante notar que, embora seja uma instituição jurídica de extrema importância para o Direito Sanitário, o SUS não possui personalidade jurídica própria. Trata-se de um Sistema, dotado de todos os elementos que caracterizam uma instituição-organismo - conjunto individualizado, organização interna organizada em conformidade com o Direito positivo, inserção na ordem geral das coisas e situação jurídica permanente – mas que ainda não evoluiu para um formato com personalidade jurídica própria. A definição do Sistema Único de Saúde passa pela compreensão do conjunto de normas jurídicas que define os seus integrantes, estabelece o seu campo de atuação, cria os seus mecanismos de ação e prevê formas de sanção para quaisquer descumprimentos.

Como organismo que é – ou seja, um conjunto de elementos materiais ou ideais organizados e inter-relacionados<sup>19</sup> - o Sistema Único de Saúde é composto por um conjunto de instituições jurídicas autônomas e complementares entre si, instituições essas que dão ao SUS corpo, consistência e vida. O Direito Sanitário cria e orienta a atuação dessas instituições jurídicas, sempre tendo como horizonte a plena realização do Direito à saúde.

O Sistema Único de Saúde é o ambiente onde se desenvolvem as ações e serviços públicos de saúde. Nada impede a participação da iniciativa privada na assistência à saúde. Essa participação pode dar-se em parceria com instituições que passam a integrar o SUS (saúde complementar) ou de forma exclusivamente privada, organizadas em planos de saúde (saúde suplementar) ou prestadas de forma particular. Seja em um caso ou em outro, a participação da iniciativa privada na saúde sempre estará sujeita à regulação determinada pelo Estado.

---

<sup>19</sup> Houaiss

## 1.2 - PARTICIPAÇÃO DA INICIATIVA PRIVADA NA SAÚDE: SAÚDE COMPLEMENTAR E SAÚDE SUPLEMENTAR.

Ao mesmo tempo em que o Estado possui o dever de garantir a saúde da população, o que faz por meio do Sistema Único de Saúde, a Constituição Federal reconhece à iniciativa privada a liberdade de desenvolver ações e serviços privados de saúde. **A atuação da iniciativa privada na área da saúde pode ser complementar ou complementar.**

### 1.2.1 - Saúde Complementar

A atuação da iniciativa privada na área da saúde será considerada **complementar** quando for desenvolvida nos termos do art. 199 da CF, que prevê que as instituições privadas poderão participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

No que concerne à participação complementar da iniciativa privada na saúde, vale dizer que o Estado brasileiro ainda não possui as condições necessárias para cumprir integralmente o seu dever de garantir a saúde da população. Faltam hospitais, laboratórios, clínicas médicas, enfim, há carência estrutura básica para o atendimento universal da população. Resta assim, ao Estado Brasileiro, através da União, dos Estados e dos Municípios, utilizar-se de parceiros privados para a consecução dos seus objetivos constitucionais.

A saúde complementar deve ser compreendida, assim, por meio das ações e serviços de saúde que, embora sejam prestadas por pessoas jurídicas de direito privado, são consideradas ações e serviços públicos de saúde em razão da existência de uma relação jurídica específica, concretizada por contratos ou convênios firmados entre essas pessoas

jurídicas e a União, os Estados ou os Municípios. Tal relação jurídica possui suas balizas legais traçadas pelo art. 199<sup>20</sup> da Constituição Federal e pelos artigos 24 a 26 da Lei 8.080/90.<sup>21</sup>

O Estado utiliza-se da iniciativa privada para aumentar e complementar a sua atuação em benefício da saúde da população. Ao firmar convênios e contratos com diversas pessoas jurídicas de direito privado que realizam ações e serviços de saúde o Estado Brasileiro as insere no âmbito das ações e serviços públicos de saúde, igualando-as àquelas prestadas diretamente por seus órgãos e entidades. Por firmarem contratos ou convênios com o Sistema Único de Saúde, integram esse Sistema e submetem-se a todas as suas diretrizes, princípios e objetivos, notadamente a gratuidade, integralidade e universalidade. Trata-se das instituições jurídicas voltadas às ações e serviços de saúde complementares ao SUS. Assim, os hospitais, as clínicas, os laboratórios, as organizações não governamentais, as organizações sociais de interesse público, enfim, todo o conjunto de pessoas jurídicas de direito privado que tiver firmado contrato ou convênio com os órgãos e

<sup>20</sup> Dispõe o artigo 199 da CF: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. §1º. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. §2º. É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. §3º. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei”.

<sup>21</sup> Dispõem os arts. 24 a 26 da Lei 8.080/90: “Da Participação Complementar. Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público. Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS). Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde. § 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados. § 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato. § 3º (Vetado). § 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS)”.

entidades que compõem o SUS serão consideradas, para todos os fins, instituições-organismos do SUS.

### 1.2.2 - Saúde Suplementar

De outro lado, as ações e serviços privados de saúde também podem ser prestados por meio de planos de saúde, oferecidos por operadoras de planos de saúde, no campo que se convencionou nomear de **saúde suplementar**.

A **saúde suplementar** é o setor que abriga os serviços privados de saúde prestados exclusivamente na esfera privada. Representa uma relação jurídica entre prestador de serviço privado de saúde e consumidor, organizada por meio de planos de saúde, conforme previsto nas Leis Federais 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e 9.656/1998.

Na saúde suplementar, as ações e serviços desenvolvidos não possuem vínculo com o SUS, exceto, obviamente, os vínculos advindos das normas jurídicas emanadas dos órgãos de regulação do Sistema (Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Saúde Suplementar, entre outros).

É justamente no campo da saúde suplementar que a presente pesquisa irá desenvolver-se, especialmente no que se refere à atuação das operadoras de planos e seguros de saúde no Brasil bem como à regulação incidente sobre o setor. Embora os princípios e diretrizes que regem o sistema público de saúde (SUS) devam orientar a regulação incidente sobre o setor privado, a lógica intrínseca a este setor fazem com que princípios como a universalidade e a integralidade não sejam assimilados plenamente quando tratamos do campo da saúde suplementar. A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, órgão regulador da saúde suplementar no Brasil, vem normatizando o setor para que este passe a cumprir a sua função social da forma mais harmônica possível com os princípios e diretrizes do SUS, mas ainda há muito a caminhar.

### **1.3 - A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS: ÓRGÃO FEDERAL DE REGULAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO SETOR NO PAÍS**

Para o controle das ações e serviços de saúde desenvolvidos no âmbito da saúde suplementar foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. A Agência teve a sua existência formalizada pela Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que a define como um órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. Como visto anteriormente, a assistência suplementar à saúde é aquela prestada pela iniciativa privada, sendo que suas ações e serviços não caracterizam ações e serviços públicos de saúde, mas nem por isso deixam de estar sob a regulação pública (normas jurídicas) exercida principalmente pelo órgão deliberativo da ANS.

A Lei que instituiu a ANS dispõe que a mesma tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento de ações de saúde no país. Trata-se de importante instituição jurídica do Direito Sanitário na medida em que regula um setor responsável pelo atendimento de aproximadamente 42 (quarenta e dois) milhões de pessoas.

A ANS é responsável pela normatização, fiscalização e controle da atividade de todas as instituições jurídicas de direito privado que, de alguma forma, operam seguros ou planos de saúde ou prestam ações e serviços privados de saúde e não possuem relação jurídica de natureza obrigacional com o Sistema Único de Saúde (as instituições-organismos de direito privado sempre terão relação jurídica de natureza regulatória com o SUS, pois submetem-se às normas jurídicas impostas pelas fontes normativas do SUS, notadamente as do Ministério da Saúde, da ANS e da ANVISA). Assim, Lei 8.080/90 fixa em seus arts. 20 a 23 as condições gerais para a participação da iniciativa privada na

realização de ações e serviços de assistência à saúde<sup>22</sup>. Quando as instituições privadas organizam a prestação de serviços de saúde através de operadoras (planos e seguros de saúde) elas sujeitam-se também às determinações da Lei 9.961/00 e às normas fixadas pela ANS.

#### **1.4 – MARCOS REGULATÓRIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR: LEIS FEDERAIS 9.656/1998 E 9.961/2000**

A participação da iniciativa privada na saúde submete-se à regulação estatal. No campo da saúde suplementar, a partir de 1998 o Brasil passou a ter uma nova regulação federal sobre o assunto, notadamente a Lei nº. 9.656, de 03 de junho de 1998. Essa lei veio regular as relações privadas na área da saúde, em especial as operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.

Convém destacar que a Lei nº. 9.656/98 foi substancialmente alterada pela Medida Provisória 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. Editada no final do governo Fernando Henrique Cardoso, essa Medida Provisória ainda se submetia à velha sistemática,

---

<sup>22</sup> Dispõem os referidos artigos da Lei 8.080/90: “*Dos serviços privados de assistência à saúde. Capítulo I. Do Funcionamento. Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde. Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento. Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos. § 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados. § 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, em finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social”.*

podendo ser reeditada sequencialmente até que o Congresso a analisasse. O próprio número da MP indica o número de reedições da referida MP: o hífen seguido do número 44 indica justamente que a referida MP foi editada nada menos que 44 vezes. O mais peculiar é que, alterada a sistemática de edição de Medidas Provisórias no Brasil, com a Emenda Constitucional nº. 32, de 11 de setembro de 2001, a Medida Provisória 2.177-44/01 continuou vigorando e será válida como uma Lei até que o Congresso Nacional a analise. Como até o momento o Congresso não se dispôs a analisar a questão, grande parte da regulação incidente sobre a saúde suplementar no Brasil ainda é regulada por Medida Provisória (que embora provisória já dura mais de 5 anos!).

Outro marco regulatório importante foi a Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Essa lei criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e impôs forte regulação e fiscalização sobre os serviços de saúde prestados no âmbito da saúde suplementar. Convém ressaltar que essa Lei também sofreu, embora em menor quantidade, alterações da Medida Provisória 2177-44/01. A Lei 9.961/00 foi regulamentada pelo Decreto nº3.327, de 05 de janeiro de 2000, e pela Resolução da ANS que aprovou o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Também possuem relação com os serviços prestados no âmbito da saúde suplementar o Código de Defesa do Consumidor (Lei nº. 8.078/90) e, no caso dos psicólogos, a Lei 5.766, de 20 de dezembro de 1971, que instituiu o Conselho Federal de Psicologia e os Conselhos Regionais, bem como Código de Ética do Psicólogo, que foi recentemente revisado pelo CFP com aprovação da Resolução 010, de agosto de 2005.

A análise que será realizada no presente texto enfocará os contornos normativos que regulam a participação (ou a possibilidade de participação) do psicólogo nos serviços prestados no âmbito da saúde suplementar no Brasil.

### 1.4.1 - Lei 9.656/1998

A Lei 9.656/98 veio regular a oferta de serviços de assistência à saúde realizada pelo que conceituou como operadoras de planos privados de assistência à saúde. Entende-se como Plano Privado de Assistência à Saúde a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

Dessa forma, as operadoras de Planos de Assistência à Saúde são as pessoas jurídicas constituídas sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que operem produto, serviço ou contrato de planos privados de assistência à saúde.

#### i) Classificação das Operadoras

Pessoas físicas não podem operar planos ou seguros privados de saúde. Pela Lei 9.656/98 e de acordo com as regulamentações exaradas pela ANS, as operadoras podem ser classificadas da seguinte forma<sup>23</sup>:

- i) **Administradoras:** empresas que administram exclusivamente Planos Privados de Assistência à Saúde. São meramente prestadoras de serviços administrativos ligados ao oferecimento de serviços de assistência à saúde, não possuem rede referenciada nem assumem os riscos decorrentes das operações realizadas, que ficam por conta de sua contratante.

---

<sup>23</sup> José Luiz Toro da Silva. Manual de Direito da Saúde Suplementar. Editora Mapontes.



- ii) **Cooperativa médica ou odontológica:** Sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente planos privados de assistência à saúde ou planos odontológicos, conforme o caso. Nessa modalidade os médicos (cooperados) são simultaneamente sócios e prestadores de serviços, recebendo pagamento tanto pela sua produção individual, como mediante rateio do lucro obtido pela cooperativa.
- iii) **Autogestão:** São entidades de autogestão que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seus departamentos (geralmente de Recursos Humanos), responsabilizam-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer serviços a grupos definidos (empregados da empresa, filiados da entidade etc.).
- iv) **Seguradora Especializada em Saúde:** A Lei 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, determinou que as sociedades seguradoras que mantinham carteira de saúde constituíssem seguradoras especializadas para a saúde. São seguradoras, subordinadas às normas da ANS. Atualmente, os seguros-saúde também contam com redes referenciadas de serviços.
- v) **Medicina de Grupo:** Sistema de administração de serviços médico-hospitalares para atendimento em larga escala com padrão profissional e custos controlados. O Ministério do Trabalho, pela Portaria n. 3.286 definiu medicina de grupo como a pessoa jurídica de direito privado, organizada de acordo com as leis do país, que se dedique a assegurar a assistência médica ou hospitalar e ambulatorial, mediante uma contraprestação pecuniária preestabelecida, vedada a essas empresas a garantia de um só evento.



- vi) **Medicina de Grupo:** Aplica-se o mesmo conceito que o utilizado para o de medicina de grupo, com objeto focado nos serviços odontológicos.

**ii) Plano de Referência**

O grande avanço trazido pela Lei 9.656/98 foi a adoção do conceito de plano de referência de assistência à saúde.

Dispõe o art. 10:

**“Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:**

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

VIII – Revogado

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS.”

Depreende-se do referido artigo que quaisquer operadoras de planos e seguros de saúde devem oferecer, no mínimo, o plano de referência. A lógica intrínseca aos planos de referência é a de que, com eles, oferece-se um tratamento integral da saúde.

No que se refere à participação do psicólogo nesse espectro de serviços de saúde, faz-se necessário uma análise criteriosa sobre quais seriam as doenças listadas na CID que demandariam, necessária ou facultativamente, os serviços psicológicos. Trata-se de uma questão estratégica para o desenvolvimento das ações do CRP no âmbito da saúde suplementar.

A identificação das possíveis atuações do psicólogo na saúde suplementar também pode ser analisada a partir da identificação de um rol de procedimentos que podem ser realizados pelos psicólogos para o tratamento das doenças previstas na CID. O setor odontológico teve a sua regulamentação realizada nesse sentido.

Um importante órgão interlocutor para esse diálogo é o Conselho de Saúde Suplementar, criado pela Lei 9.656/98, art. 35-A, a quem compete, entre outras atribuições, estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar. O CONSU é formado pelos Ministros da Justiça (que o preside), da Saúde, da Fazenda e do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Dentre as Resoluções exaradas pelo CONSU, destaca-se, para o presente trabalho, a Resolução CONSU nº. 10, publicada no Diário Oficial da União n. 211, de 04 de novembro de 1998, que dispõe sobre a elaboração do rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica e fixa as diretrizes para a cobertura assistencial. Desde o advento da Lei da ANS, porém, o CONSU não tem mais o mesmo papel. Embora legalmente o CONSU ainda mantenha sua existência e competência, na prática o órgão não edita qualquer resolução desde 21 de outubro de 1999.

As competências do CONSU vêm sendo exercidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Convém analisar, portanto, o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar no Brasil e as principais Resoluções Normativas por ela exaradas, em especial no que se refere à definição do plano de referência e à inserção do psicólogo no setor da saúde suplementar.

#### **1.4.2 - A Lei 9.961/2000**

Como visto, o Congresso Nacional criou por meio da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Logo no seu artigo 1º a Lei deixa claro que a ANS é uma autarquia sob regime especial criada como “órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde”.

A ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país. Segundo dados da própria ANS, calcula-se que no Brasil aproximadamente 42 milhões de pessoas utilizam os serviços oferecidos pelas instituições privadas responsáveis pela assistência suplementar à saúde. Trata-se de um enorme contingente humano que depende das normas jurídicas exaradas pela ANS.

De fato, compete à ANS normatizar sobre diversos aspectos relacionados com a saúde suplementar no Brasil, de acordo com os preceitos da Lei 9961/2000. O Art. 4º estabelece uma ampla competência normativa da ANS ao longo de seus 42 (quarenta e dois incisos). Assim, compete à ANS criar normas jurídicas que regulamentem as condições de registro das operadoras de planos privados de saúde, os conteúdos básicos dos contratos a serem firmados entre as operadoras e os usuários, as condições de reajustes dos preços dos planos de saúde, etc.

Alguns exemplos de competências normativas infralegais da ANS: normatizar sobre as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados nas atividades das operadoras (Art. 4º, II); definir o rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades (Art. 4º, III); normatizar sobre os critérios para os

procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras (art. 4º, IV); definir os conceitos de doença e lesão preexistentes (Art. 4º, IX); estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados (Art. 4º, XV); adotar as medidas necessárias (inclusive normativas) para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde (Art. 4º, XXXII), entre outras competências normativas expressamente previstas pela Lei.

A edição de normas jurídicas pela ANS é de competência de sua Diretoria Colegiada, a exemplo da ANVISA (Art. 10, II). A produção normativa da ANS é realizada através de Resoluções de Diretoria Colegiada, atualmente denominadas Resoluções Normativas (conforme nova denominação dada pelo Regimento Interno, art. 64, II, a).

Vale destacar para a presente pesquisa dois órgãos específicos da ANS que possuem direta relação com o tipo de intervenção que o Conselho de Psicologia deseja realizar junto à Agência. O primeiro e mais relevante é a Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos, a quem compete planejar, coordenar, organizar e controlar as atividades de regulamentação, habilitação, qualificação e acompanhamento dos produtos ou planos privados de assistência à saúde (art. 29 do RI).

O outro órgão, subordinado à referida Diretoria, é a Gerência Geral de Estrutura e Operação dos Produtos, a quem compete propor normas à Diretoria sobre as seguintes matérias: a) características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras; b) critérios e procedimentos para o credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviços às operadoras; c) condições dos produtos visando a garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei n. 9.656/98; d) registro dos produtos definidos no inciso I e no §1º do art. 1º da Lei 9.656/98; e) concessão, manutenção e cancelamento do registro dos produtos das operadoras de planos de assistência à saúde; f) adaptação dos contratos; g) redimensionamento de rede das

operadoras; h) responsabilidade dos contratantes, quer seja pessoa física ou jurídica; i) relação entre as operadoras e seus prestadores.

Finalmente, vale ressaltar que a ANS possui uma Câmara de Saúde Suplementar, criada pela Lei 9.961/00 e que teve sua composição definida pelo art. 13 da Lei (repetida pelo art. 60 do Regimento Interno da ANS). Trata-se de órgão consultivo e permanente da ANS que não possui em sua composição nenhum representante do CRP.

#### **1.4.3 - A fiscalização dos serviços dos Psicólogos prestados no âmbito da saúde suplementar**

No Brasil, os serviços de normatização e fiscalização de profissões regulamentadas são realizados pelos Conselhos de Classe mediante autorização legislativa. Dessa forma, as profissões regulamentadas no Brasil (médicos, advogados, enfermeiros, farmacêuticos, economistas, engenheiros, arquitetos, etc.) possuem um sistema de auto-regulação organizado pelos próprios profissionais que as exercem. Esse exercício de auto-regulação é reconhecido no Brasil, sendo uma realidade jurídica a existência de normas específicas que regulam as profissões relacionadas com o exercício de ações e serviços de saúde, como as profissões de médico, enfermeiro e farmacêutico e psicólogo.

Os próprios profissionais organizam, estruturam e desenvolvem a gestão dos seus respectivos Conselhos, observados os limites da delegação dada pela lei. A Lei 9.649/98, em seu artigo 58, tentou caracterizar os conselhos de fiscalização de profissões regulamentadas como dotados de personalidade jurídica de direito privado (tradicionalmente sempre foram considerados como sendo autarquias dotadas de personalidade jurídica de direito público). A lei foi julgada inconstitucional pelo Supremo Tribunal Federal, a partir de Ação Direta de Inconstitucionalidade impetrada pelo Partido Comunista do Brasil contra a caracterização dos Conselhos de Classe como pessoas jurídicas de Direito privado. A decisão teve como fundamento principal o fato de que tais conselhos exercem funções normativas e fiscalizadoras em suas respectivas áreas de

atuação e, de acordo com o entendimento do STF, o exercício de função normativa e fiscalizadora exige que tais Conselhos sejam caracterizados como sendo de personalidade jurídica de Direito público.

Para garantir o seu funcionamento os conselhos de fiscalização de profissões são autorizados a fixar, cobrar e executar as contribuições anuais devidas por pessoas físicas ou jurídicas, bem como preços de serviços por eles desenvolvidos, que constituirão receitas próprias. Em geral os profissionais sujeitos à ação fiscalizatória desses conselhos são obrigados a pagar anuidades, voltadas à manutenção do próprio Conselho.

Como instituições destinadas à fiscalização do exercício profissional, os Conselhos de classe dos profissionais que atuam na área da saúde representam uma importante fonte de produção de normas jurídicas infra-legais específicas de direito sanitário, em especial no que se refere à regulamentação dos respectivos Códigos de Deontologia, que definem os padrões éticos de comportamento a serem seguidos pelos profissionais da área da saúde.

Nessa linha foram criados os Conselhos Federais e Regionais de Psicologia, Lei nº. 5.766, de 20 de dezembro de 1971. O Conselho Federal de Psicologia recentemente reviu o seu Código de Ética com a aprovação da Resolução 010, de agosto de 2005.

Vale dizer, ainda, que os serviços de saúde prestados no âmbito da saúde suplementar ficam sujeitos à fiscalização exercida pelos órgãos de defesa do consumidor, nos termos do Código de Defesa do Consumidor.

## 2 - PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: ANÁLISE DA REGULAÇÃO DOS OS SERVIÇOS DE PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL PRESTADOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E NA SAÚDE SUPLEMENTAR

O direito à saúde no Brasil só recebeu tratamento constitucional no Brasil com a promulgação da Carta Constitucional de 1988:

*“Tratando especificamente da saúde, como parte da seguridade social (art. 194), a Constituição abraçou a concepção atual de saúde, que não se limita à ausência de doenças e outros agravos, exigindo a realização de políticas públicas que tenham como finalidade ‘a redução do risco de doença e de outros agravos’ e o ‘acesso universal igualitário às ações para sua promoção, proteção e recuperação’ (art. 196)” (DALLARI, Sueli Gandolfi, *Construção do Direito à Saúde no Brasil*, Revista de Direito Sanitário, São Paulo, CEPEDISA, vol. 9, nº 3, págs. 9-34).*

A Constituição Federal Brasileira estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, ressaltando, em seu artigo 198, que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede que deve seguir o princípio do *“atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”* (inciso II).

Porém, nota-se que as ações preventivas em saúde no Brasil ainda são bastante limitadas e restritas a áreas específicas da saúde. Na Saúde Mental, as ações voltadas para a prevenção são bastante pontuais, tanto no Sistema Único de Saúde – SUS como no Sistema de Saúde Suplementar.

Para compreender as ações de prevenção sobre saúde mental atualmente vigentes no Brasil o presente Parecer analisará, inicialmente, a regulação dos serviços públicos de saúde no âmbito do SUS; em seguida, será analisada a regulação do sistema de saúde suplementar, com enfoque nas normas infralegais exaradas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

## **2.1 – PREVENÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS:**

### **2.1.1 - Prevenção na Organização e funcionamento dos serviços públicos de saúde**

A Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Esse dispositivo legal fala sobre a lógica da “redução de riscos de doenças” como modelo que deve ser seguido pelo Estado: *“O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”* (artigo 2º, § 1º).

Ainda, a Lei 8.080 acentua a importância de ações preventivas ao elencar os objetivos do Sistema Único de Saúde SUS em seu artigo 5º, ressaltando a prioridade da *“assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”* (inciso III).

### **2.1.2 - Prevenção na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS**

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS, portaria do Ministério da Saúde de 6 de novembro de 1996, define três grandes campos de atenção à saúde, a saber: a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar; b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros); e c) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

O texto da NOB/SUS destaca que todo o espectro de ações compreendidas nos níveis de atenção à saúde está representado nos três campos referidos, com ênfase para o fato de que todo atendimento deve ser caracterizado *“pela promoção, pela proteção e pela recuperação, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo”*.

### **2.1.3 - Prevenção no Pacto pela Saúde 2006 – “Consolidação do SUS e Diretrizes Operacionais”**

O Pacto pela Saúde 2006 ou “Consolidação do SUS e Diretrizes Operacionais”, instituído pela Portaria MS 399, de 22 de fevereiro de 2006, dispõe sobre a lógica de regionalização dos serviços de saúde no SUS, que é estratégia para *“garantir a*

*integralidade na atenção a saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema” (item 2.1, Anexo I da Portaria).*

Quanto às ações de prevenção, o documento legal atribui responsabilidades aos entes federados dentro da gestão do SUS, destacando inicialmente que todo município deve “*garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências*”. Aos Estados, compete “*supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios*” e, à União, cabe “*coordenar, nacionalmente, as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde que exijam ação articulada e simultânea entre os estados, Distrito Federal e municípios*” (parte B do Anexo I da Portaria).

Porém, apesar das disposições do Pacto Pela Saúde – 2006, O SUS prevê poucas medidas voltadas para a prevenção na área de Saúde e, por conseqüência, poucas medidas voltadas para a Saúde Mental, sendo que grande parte dos instrumentos que regulam o tema tratam de programas específicos, voltadas a grupos que exigem atenção diferenciada (como é o caso dos usuários de álcool e outras drogas).

#### **2.1.4 - Medidas Preventivas no Atendimento a Usuários de Álcool e Outras Drogas**

A Portaria MS/GM 816, de 30 de abril de 2002, institui o “Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas”. A Portaria foi elaborada com base nas deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001, e parte do pressuposto de que a atenção psicossocial a pacientes com

dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas deve se basear em uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, e articulados à rede assistencial em Saúde Mental.

Dentre os objetivos da Portaria MS/GM 816 de 2002, há a preocupação de *“aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de reduzir os danos sociais e à saúde, representados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas”* (artigo 1º, III).

Assim, o Programa instituído pela Portaria estabelece a implantação de Centros de Atenção Psicossocial específicos para Atendimento de Pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras Drogas, determinando inclusive o pagamento de um incentivo financeiro aos municípios que implantassem os novos serviços em 2002.

Dentre as ações definidas como necessárias para implementar o Programa, o Anexo I da Portaria estabelece que cabe ao Ministério da Saúde *“definir e implementar planos e programas de treinamento e capacitação de recursos humanos nas áreas de prevenção, vigilância e assistência aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas, estabelecendo convênios de cooperação técnica com as instituições formadoras ou serviços”* além de *“apoiar a realização de estudos de prevalência de base populacional para o conhecimento da distribuição dos pacientes portadores de transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas e outras pesquisas relevantes”*.

A Portaria MS/GM 2.197, de 14 de outubro de 2004, instituiu mais um programa voltado para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas, o “Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”.

Partindo da Portaria MS/GM 816 de 2002 como alicerce, o Programa instituído pela Portaria MS/GM 2.197 em 2004 possui como principais componentes (artigo 2º): *“I - componente da atenção básica; II - componente da atenção nos CAPS-AD, ambulatórios e outras unidades extra-hospitalares especializadas; III - componente da*

*atenção hospitalar de referência; e IV - componente da rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS.”*

O componente da atenção básica refere-se à atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas em unidades de atenção básica e ambulatórios não-especializados. A preocupação com ações preventivas se manifesta na medida em que a atenção básica prevê atuação e inserção comunitárias para ações como detecção precoce de casos de uso nocivo ou dependência de álcool e outras drogas, de forma articulada a práticas terapêuticas, preventivas e educativas.

O componente da atenção nos CAPSad, ambulatórios e outras unidades especializadas, a que se refere o inciso II do artigo 2º da Portaria, obedece a uma lógica de oferta de cuidados baseados na atenção integral, compreendendo a oferta aos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares, de acolhimento e estímulo à sua integração social e familiar, além de inserção comunitária de práticas e serviços.

Por fim, o componente de atenção hospitalar de referência, objeto do inciso III, do artigo 2º, define que os Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHR-ad serão instalados em Hospitais Gerais e o componente da rede de suporte social (inciso IV do artigo 2º) inclui dispositivos comunitários de acolhida e cuidados, que devem estar articulados à rede de cuidados do SUS como estrutura complementar.

A prevenção voltada para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas é um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de risco específicos e fortalecimento dos fatores de proteção. No SUS, a lógica que sustenta o planejamento preventivo é a da Redução de Danos, voltada para minimizar as conseqüências de uso de álcool e drogas. O planejamento de programas assistenciais contempla propostas mais flexíveis, que não têm

como meta exclusiva a abstinência total dos usuários, mas sim a sua reinserção social e educação quanto aos danos e riscos associados ao uso de álcool e outras drogas.

### 2.1.5 - Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio

O Ministério da Saúde manifestou preocupação, embora ainda incipiente, em estabelecer medidas preventivas no que se refere especificamente à prevenção do suicídio.

A Portaria MS/GM 1876, de 14 de agosto de 2006, destaca a necessidade da definição de “*Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio*”, porém, apesar de determinar que se constitua Grupo de Trabalho para regulamentar a Portaria (e de fato criar as diretrizes), não há registro de qualquer regulamentação até o momento ou de Grupo de Trabalho sobre o tema.

No entanto, de acordo com o artigo 2º da Portaria, as diretrizes, quando forem regulamentadas, devem ser organizadas com vistas a: “*I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos; II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas; IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade; V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de*

*suicídio; VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos; VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.”*

#### **2.1.6 - Prevenção nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS**

Em análise mais ampla dos instrumentos normativos que regem o funcionamento do SUS, também encontramos medidas preventivas na regulação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS.

A base normativa para implantação e funcionamento dos CAPS foi estabelecida pelas Portarias Ministeriais MS/GM (Gabinete do Ministro) 336 e SAS (Secretaria de Atenção à Saúde) 189, ambas de 2002.

A Portaria MS/GM 336, de 19 de fevereiro de 2002, acrescentou novos parâmetros aos definidos pela Portaria SNAS 224 de 1992 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas, bem como para a infância e adolescência. A Portaria MS/GM 336 também criou mecanismo de financiamento próprio para a rede CAPS e, em março de 2002, a Portaria SAS 189 fortaleceu o sistema de financiamento da rede, inserindo novos procedimentos ambulatoriais na tabela do SUS.

Os CAPS visam prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de Saúde Mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à Saúde Mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); regular a porta de entrada da rede de assistência em Saúde Mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; e manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a Saúde Mental.

Oferecem atendimento à população de seu município de abrangência, realizando acompanhamento clínico e estimulando a reinserção social dos usuários, através do acesso ao trabalho, educação, lazer, convívio familiar e comunitário, dentre outras ações. Por meio do atendimento em regime de atenção diária, além dos gerenciamento de projetos terapêuticos individualizados, os CAPS implementam ações de prevenção em Saúde Mental.

## **2.2 – PREVENÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

### **2.2.1 - Medidas Preventivas nos planos privados de assistência à Saúde**

No Sistema de Saúde Suplementar, a Saúde Mental é pouco referenciada, porém, a prevenção em Saúde, de forma ampla, é abordada pela Resolução Normativa ANS nº 94 de 23, de março 2005, que estipulou critérios de diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco, a serem observados pelas operadoras de planos privados

de assistência à saúde que aderirem a programas de promoção à saúde e prevenção de riscos e doenças. Por meio da RN 94/2005, a ANS estabeleceu, assim, critérios para a prorrogação dos prazos para a integralização da cobertura com ativos garantidores das provisões de risco (definidas na Resolução RDC nº 77, de 17 de julho de 2001) pelas operadoras de planos de saúde que aderirem a programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

Assim, a Resolução ofereceu benefícios às operadoras que aderirem a programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários. O mecanismo usado pela ANS é o de oferecer uma flexibilização na cobertura da totalidade da provisão de risco que as operadoras de planos de saúde devem ter.

### **2.2.2 - Prevenção no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde**

A Resolução Normativa ANS nº 167, de 9 de janeiro de 2007 (atualmente em discussão), atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999. Em seu artigo 4º, inciso III, a Resolução Normativa indica que a atenção à saúde na Saúde Suplementar deverá observar a: *“incorporação de ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças”*.

### 2.2.3 - Medidas Preventivas nas Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar

O documento mais recente lançado pela ANS com relação à Saúde Mental, disponibilizado em seu site oficial no início de abril de 2009, “*Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar*”, define linhas de cuidado específicas para as quais sugere ações preventivas, quais sejam: a) Transtornos Mentais Graves e Persistentes; b) Transtornos Decorrentes do Uso de Álcool e Outras Drogas; c) Transtornos Depressivos, Ansiosos e Alimentares; d) Saúde Mental de Crianças e Adolescentes; e e) Saúde Mental de Idosos. As ações sugeridas não são vinculantes e expressam ideais bastante amplos.

Para o acompanhamento de portadores de Transtornos Mentais Graves e Persistentes, o documento sugere as seguintes ações preventivas:

*“Mapeamento dos pacientes graves na carteira da operadora, que necessitem de programas específicos de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças para manutenção do tratamento; Contar com equipe multidisciplinar; Grupos educativos e de apoio aos familiares; e Acompanhamento Terapêutico.”*

As ações de prevenção sugeridas para o acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas são:

*“Implementar programas de educação em saúde sobre álcool e drogas para toda a população beneficiária; Implementar programa de apoio e educação em saúde para familiares e usuários; Implementar programa de apoio e educação em saúde*



*sobre álcool e drogas para adolescentes e seus familiares; Trabalhar com equipes multidisciplinares; e Implementar programas preventivos junto às empresas direcionados para os beneficiários de planos empresariais.”*

Para o acompanhamento de pacientes com Transtornos Depressivos, Ansiosos e Alimentares, simplesmente não há qualquer menção a programas tanto de promoção como de prevenção.

Já para o acompanhamento de crianças e adolescentes, as diretrizes da ANS sugerem as seguintes medidas preventivas:

*“Prática de acolhimento/escuta a toda criança que procura o serviço, com intercorrências, demandas agudas ou de outra natureza, disponibilizando a resposta mais qualificada; Manter a continuidade da assistência, agendando retorno de acordo com a necessidade da criança, de modo a aumentar a resolubilidade da assistência, evitando-se a internação desnecessária; Orientação aos familiares individual e em grupo; Conhecer o número de crianças da carteira que apresentam transtornos mentais; e Captar as crianças com sinais de transtornos mentais, maus-tratos, etc em toda oportunidade: consultas, visitas a serviços de U/E, etc.”*

Por fim, para a prevenção na área de Saúde Mental dos idosos, as diretrizes da ANS sugerem:



*“Dar atenção especial ao aumento de depressão e tendência suicida devido à perda e ao isolamento social; Dar atenção especial aos idosos com deficiência intelectual de longo prazo; Apoio integrado ao indivíduo e à família; Prevenir a iatrogênese (doenças e deficiências causadas pelo processo de diagnóstico ou tratamento); Estabelecer um sistema adequado para prevenir reações medicamentosas adversas devido à frequente presença de comorbidades; Orientar os familiares e/ou cuidadores em relação a opções de habitação para os idosos, que eliminem as barreiras físicas para sua independência e interdependência dos familiares; Incentivar a participação integral do idoso na comunidade e na vida familiar; e Estimular uma imagem positiva do envelhecimento através de informações educativas sobre o envelhecimento ativo e confrontar estereótipos negativos sobre o envelhecimento”.*

### **2.3 Considerações sobre a legislação de prevenção no campo da saúde mental**

Nota-se que a legislação sobre Saúde no Sistema Único de Saúde expressa clara preocupação em delinear a importância de ações preventivas dentro do sistema, o que parece, no entanto, ainda não estar claramente refletido nas políticas públicas. As ações preventivas ainda concentram-se em poucos programas específicos, como, por exemplo, nos programas para atendimento de usuários de álcool e outras drogas.

Entretanto, a cobertura do atendimento mental na Saúde Suplementar, por sua vez, regulada por instrumentos normativos mais recentes, prevê ainda menos ações preventivas, e de forma meramente sugestiva.

Esse quadro aponta para a carência de medidas preventivas na Saúde Mental, e a conseqüente necessidade e importância de desenvolver mais estudos e

propostas para a área, como forma de atender tanto os interesses da população como os interesses da gestão do SUS e da Saúde Suplementar.

A prevenção voltada para os transtornos mentais implica necessariamente na inserção comunitária das práticas propostas, com a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis. As estratégias de prevenção devem ser orientadas pela Lógica da Redução de Danos, devendo contemplar a utilização combinada do fornecimento de informações sobre os transtornos mentais, como também facilitar a identificação de problemas pessoais e o acesso ao suporte para tais problemas.

### **3 - ATENDIMENTO DE SAÚDE MENTAL NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA, AMBULATORIAIS E HOSPITALARES: ANÁLISE DA REGULAÇÃO DOS REFERIDOS SERVIÇOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS E NO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

Seguindo-se a mesma metodologia adotada para a análise das ações de prevenção relacionadas à saúde mental no Brasil, o presente item irá abordar os atendimentos de emergência, ambulatorial e hospitalar no âmbito do SUS e da saúde suplementar, sucessivamente. Em seguida, serão tecidas algumas considerações gerais sobre o tema.

#### **3.1 - REGULAÇÃO NO ÂMBITO DO SUS**

Nos termos do art. 196 da Constituição Federal, “saúde é direito de todos e dever do Estado”. Sendo *direito de todos*, não exclui pessoa alguma que esteja em território nacional. Trata-se de um direito abrangente, constitucionalmente positivado de modo a cumprir com diretriz de *generalização* dos direitos humanos.

Ocorre que, atualmente, o desenvolvimento dos direitos humanos encontra-se na etapa de *especificação*, a qual “cuida do ser humano em situação” (LAFER, 2005, p. 60). A especificação “está voltada para determinar de maneira mais concreta os destinatários da tutela jurídica dos direitos e garantias individuais” (LAFER, 2005, p. 38).

O direito brasileiro, atualizado na gramática dos direitos humanos, tem dado mostras de especificação de direitos humanos em diversas áreas e, por se tratar de grupo vulnerável e muitas vezes marginalizado, não poderia excluir os doentes mentais. Com efeito, as pessoas portadoras de transtornos mentais são especialmente protegidas pela Lei 10.216/01, possuindo os seguintes direitos (art. 2º, § único):



- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

A esses direitos soma-se o direito ao livre consentimento para pesquisas científicas, garantido pelo art. 11 da mesma Lei, que estabelece que “pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde”.

Por outro lado, cumprindo a norma constitucional que determina que saúde é *dever do Estado*, a citada legislação determina ao Estado que desenvolva política pública de saúde mental, que preste assistência e promoção de saúde, nos termos do art. 3º:

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais,

com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

A princípio, o atendimento ao paciente mental ocorre em ambiente ambulatorial, sendo excepcional a internação psiquiátrica. Existe, também, o atendimento de emergência, que tanto pode ser ambulatorial, como hospitalar. É importante, pois, analisar a regulação de cada uma dessas situações.

### **3.1.1 - Atendimento ambulatorial - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são unidades de tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais cuja severidade e/ou persistência demandem inclusão num dispositivo de cuidado intensivo. Prestam serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território.

Os CAPS oferecem atendimento à população de seu município de abrangência, realizando acompanhamento clínico e estimulando a reinserção social dos usuários, através do acesso ao trabalho, educação, lazer, convívio familiar e comunitário, dentre outras ações.

O principal objetivo dos CAPS foi substituir o confinamento de pessoas com transtornos mentais em Hospitais Psiquiátricos. A intenção é evitar internações prolongadas, que distanciam o doente da família. Assim, devem ser instalados em bairros de fácil acesso e em espaço físico próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, com o intuito de que o usuário se sinta o mais confortável possível.

Cada CAPS deve contar, no mínimo, com os seguintes recursos físicos: consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, etc.); salas para atividades grupais; espaço de convivência; salas para oficinas; refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade); sanitários; área externa para oficinas, esportes e demais atividades. Ainda, todos os CAPS devem contar com equipe formada por profissionais de nível médio e nível superior.

Essencialmente, o CAPS possui como funções institucionais básicas: prestar atendimento em regime de atenção diária; construir e gerenciar projetos terapêuticos individualizados; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); e coordenar, junto com o gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território.

Os CAPS foram peças-chave na Reforma Psiquiátrica Brasileira, contribuindo para organizar uma rede substitutiva dos Hospitais Psiquiátricos no país. Começaram a surgir no final da década de 80, mas só passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde em 2002, momento em que tiveram grande expansão.

A Portaria SNAS (Secretaria Nacional de Assistência à Saúde) 224, de 29 de janeiro de 1992, foi a primeira a trazer linhas gerais do que seriam os CAPS. Dispôs sobre o funcionamento dos hospitais psiquiátricos e regulamentou os chamados Núcleos/Centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS), que seriam unidades de saúde locais para oferecer atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. A assistência nos NAPS/CAPS previa atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), atendimento em grupos

(psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras), visitas domiciliares, atendimento à família; além de atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social. A Portaria SNAS 224 também instituiu o chamado Hospital-Dia e definiu procedimentos para serviços de urgência psiquiátrica em hospitais gerais – tudo com o objetivo de evitar a internação hospitalar integral, incentivando o paciente a retornar ao convívio social.

A base normativa para implantação e funcionamento dos CAPS só foi estabelecida pelas Portarias Ministeriais GM (Gabinete do Ministro) 336 e SAS (Secretaria de Atenção à Saúde) 189, ambas de 2002, durante o mandato do então Ministro da Saúde José Serra.

A Portaria GM 336, de 19 de fevereiro de 2002, acrescentou novos parâmetros aos definidos pela Portaria SNAS 224 de 1992 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas, bem como para a infância e adolescência. A Portaria GM 336 também criou mecanismo de financiamento próprio para a rede CAPS e, em março de 2002, a Portaria SAS 189 fortaleceu o sistema de financiamento da rede, inserindo novos procedimentos ambulatoriais na tabela do SUS.

A Portaria GM 336 também estabeleceu a importante divisão dos CAPS de acordo com as seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, para municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. Estes serviços têm equipe mínima de 9 profissionais e atendem adultos com transtornos mentais severos e persistentes, além de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Funcionam

durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês.

Os CAPS II são serviços de médio porte, e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes. Atendem adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS II têm equipe mínima de 12 profissionais e capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas por mês. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana.

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS e foram previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes. Prestam serviços de grande complexidade e funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Quando necessário, podem até realizar internações curtas, de algumas horas a no máximo 7 dias. A equipe mínima para os CAPS III deve contar com 16 profissionais, além de equipe noturna e de final de semana. Estes serviços têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 450 pessoas por mês.

Além dos CAPS I, II, e III, há previsão de dois outros tipos de CAPS para atender à demanda de serviços em saúde mental nos municípios com mais de 200.000 habitantes – os CAPSi e CAPSad.

Os CAPSi são especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima para estes serviços é de 11 profissionais.

Os CAPSad, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos, necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. A equipe mínima prevista para os

CAPSad é composta por 13 profissionais. Destaque-se, no entanto, que a Portaria SAS 384, de 05 de julho de 2005, também autorizou os CAPS I a realizarem procedimentos de atenção a usuários de álcool e outras drogas.

De acordo com o último levantamento divulgado pelo Ministério da Saúde em 31 de outubro de 2008, existe hoje no país o total de 1291 unidades de CAPS - sendo 47% CAPS I (603 unidades), 29% CAPS II (372 unidades), 3% CAPS III (39 unidades), 7% CAPSi (94 unidades) e 14% CAPSad (183 unidades). No âmbito do SUS, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem-se “serviço ambulatorial de atenção diária” e funcionam segundo lógica territorial (§ 2º do art. 2º da Portaria GM/MS nº 336/2002).

Os CAPS funcionam de modo “independente de qualquer estrutura hospitalar” (art. 3º), sendo que essa independência implica estrutura física, acesso privativo e equipe profissional própria (art. 3º, § único). Existem diferentes níveis funcionais dos CAPS, conforme especifica o art. 4º da citada Portaria:

Art. 4º. Definir que as modalidades de serviços estabelecidas pelo artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

4.1. **CAPS I** – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características:

- a) responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- b) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c) coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e) realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de Saúde Mental regulamentados pela Portaria/GM/MS no 1.077,

de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS no 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f) funcionar no período de 8 às 18 horas, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana.

4.1.1. A **assistência prestada ao paciente no CAPS I** inclui as seguintes atividades:

a) **atendimento individual** (medicamentoso, **psicoterápico**, de orientação, entre outros);

b) **atendimento em grupos** (**psicoterapia**, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c) atendimento em **oficinas terapêuticas** executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d) visitas domiciliares;

e) atendimento à família;

f) atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;

g) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias.

#### 4.1.2. Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

- a) 1 (um) médico com formação em saúde mental;
- b) 1 (um) enfermeiro;
- c) **3 (três) profissionais de nível superior** entre as seguintes categorias profissionais: **psicólogo**, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- d) 4 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.2. **CAPS II** – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

- a) responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- b) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;
- c) coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- e) realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de Saúde Mental regulamentados pela Portaria/GM/MS no 1.077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS no 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- f) funcionar de 8 às 18 horas, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas.

4.2.1. **A assistência prestada ao paciente no CAPS II** inclui as seguintes atividades:

- a) **atendimento individual** (medicamentoso, **psicoterápico**, de orientação, entre outros);
- b) **atendimento em grupos** (**psicoterapia**, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d) visitas domiciliares;
- e) atendimento à família;
- f) atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias.

#### 4.2.2. Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

- a) 1 (um) médico psiquiatra;
- b) 1 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c) **4 (quatro) profissionais de nível superior** entre as seguintes categorias profissionais: **psicólogo**, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- d) 6 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3. **CAPS III** – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

- a) constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;

- b) responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- c) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;
- d) coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- e) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- f) realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de Saúde Mental regulamentados pela Portaria/GM/MS no 1.077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS no 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- g) estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

4.3.1. **A assistência prestada ao paciente no CAPS III** inclui as seguintes atividades:

- a) **atendimento individual** (medicamentoso, **psicoterápico**, orientação, entre outros);
- b) **atendimento grupos (psicoterapia**, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d) visitas e atendimentos domiciliares;
- e) atendimento à família;
- f) atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;



g) **acolhimento noturno**, nos feriados e finais de semana, com no máximo 5 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;

h) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão quatro refeições diárias;

i) a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 7 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

#### 4.3.2. Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a) 2 (dois) médicos psiquiatras;

b) 1 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c) **5 (cinco) profissionais de nível superior** entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d) 8 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3.2.1. **Para o período de acolhimento noturno**, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

a) 3 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

b) 1 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

4.3.2.2. **Para as 12 horas diurnas**, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

a) **1 (um) profissional de nível superior** dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;

- b) 3 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;
- c) 1 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

4.4. **CAPSI II** – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:

- a) constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;
- b) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- c) responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;
- d) coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território;
- e) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;
- f) realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de Saúde Mental regulamentados pela Portaria/GM/MS no 1.077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS no 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- g) funcionar de 8 às 18 horas, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21 horas.

#### 4.4.1. A assistência prestada ao paciente no CAPSi II inclui as seguintes

atividades:

- a) **atendimento individual** (medicamentoso, **psicoterápico**, de orientação, entre outros);
- b) **atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);**
- c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d) visitas e atendimentos domiciliares;
- e) atendimento à família;
- f) atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;
- g) desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;
- h) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias.

#### 4.4.2. Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no CAPSi II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

- a) 1 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;
- b) 1 (um) enfermeiro;
- c) **4 (quatro) profissionais de nível superior** entre as seguintes categorias profissionais: **psicólogo**, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- d) 5 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.



4.5. **CAPSad II** – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:

- a) constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;
- b) sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;
- c) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- d) coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;
- e) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- f) realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de Saúde Mental regulamentados pela Portaria/GM/MS no 1.077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS no 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- g) funcionar de 8 às 18 horas, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas;
- h) manter de 2 (dois) a 4 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

4.5.1. **A assistência prestada ao paciente no CAPSad II** para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

- a) **atendimento individual** (medicamentoso, **psicoterápico**, de orientação, entre outros);
- b) **atendimento em grupos** (**psicoterapia**, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d) visitas e atendimentos domiciliares;
- e) atendimento à família;
- f) atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias;
- h) atendimento de desintoxicação.

#### 4.5.2. Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no CAPSad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

- a) 1 (um) médico psiquiatra;
- b) 1 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c) 1 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;
- d) **4 (quatro) profissionais de nível superior** entre as seguintes categorias profissionais: **psicólogo**, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- e) 6 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Fica claro, portanto, que nos CAPS I deve ser oferecido o serviço de psicoterapia individual e em grupo, sendo que a equipe mínima deve incluir três profissionais de nível superior, entre os seguintes: **psicólogo**, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico (art. 4º, 4.1.1 e 4.1.2, da Portaria GM/MS nº 336/2002). Da mesma forma, no CAPS II devem ser oferecidos os mesmos serviços, sendo que a equipe mínima deve incluir quatro profissionais de nível superior, entre os seguintes: **psicólogo**, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico (art. 4º, 4.2.1 e 4.2.2, da Portaria GM/MS nº 336/2002). Igualmente, no CAPS III são ofertados esses serviços, com equipe que contemple cinco profissionais de nível superior, entre os seguintes: **psicólogo**, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico (art. 4º, 4.3.1 e 4.3.2, da Portaria GM/MS nº 336/2002). Os CAPS III também oferecem “acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 5 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação”, sendo que “a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 7 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias” (art. 4º, 4.3.1, *g* e *i*, respectivamente, da Portaria GM/MS nº 336/2002).

Os CAPS I, II e III prestam atenção ambulatorial para a saúde mental em geral, havendo Centros de Atenção Psicossocial específicos para o cuidado de crianças/adolescentes e de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

Deste modo, nos CAPSi II, os quais prestam serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, novamente estão previstos os serviços de psicoterapia individual e em grupo, sendo que a equipe mínima deve incluir quatro profissionais de nível superior, entre os seguintes: **psicólogo**, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico (art. 4º, 4.4.1 e 4.4.2, da Portaria GM/MS nº 336/2002).

Dada a sua importância, os CAPSi foram objeto de um plano estratégico de expansão no ano de 2004, definido pela Portaria GM/MS 1.947/2003.

Finalmente, nos CAPSad, os quais prestam serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, esses serviços estão mais uma vez previstos, exigindo-se que da equipe mínima façam parte quatro profissionais de nível superior, entre os seguintes: **psicólogo**, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico (art. 4º, 4.5.1 e 4.5.2, da Portaria GM/MS nº 336/2002). Isso foi confirmado pela Portaria SAS nº 305/2002. De modo mais abrangente, os CAPSad e demais ambulatórios são componentes do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (Portaria GM/MS nº 2.197/2004).

Cumprindo ainda referir que os CAPS prestam atendimento ambulatorial de três ordens: intensivo (atendimento diário), semi-intensivo (acompanhamento freqüente) e não-intensivo, conforme o art. 5º da Portaria GM/MS nº 336/2002.

Note-se que, antes da atual configuração dos CAPS I, II, III, i e ad, a Portaria SNAS nº 224/92 havia estabelecido Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS), já prevendo atendimento psicossocial individual e em grupo, bem como a atuação de psicólogos em seus quadros.

Além do atendimento em CAPS, a Portaria SNAS nº 224/92 definiu normas para os serviços de saúde mental a serem oferecidos em unidades básicas, centros de saúde e ambulatórios (grifado):

1. Unidade básica, centro de saúde e ambulatório.

1.1. O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centro de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais.

1.2. Os critérios de hierarquização e regionalização da rede, bem como a definição da população-referência de cada unidade assistencial serão estabelecidas pelo órgão gestor local.

1.3. A atenção aos pacientes nestas unidades de saúde deverá incluir as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais:

- **atendimento individual** (consulta, **psicoterapia**, dentre outros);
- **atendimento grupal** (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde);
- visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior;
- atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde.

1.4. Recursos Humanos

Das atividades acima mencionadas, as seguintes poderão ser executadas por profissionais de nível médio:

- atendimento em grupo (orientação, sala de espera);
- visita domiciliar;
- atividades comunitárias.

A **equipe técnica** de saúde mental para atuação nas unidades básicas/ centros de saúde deverá ser **definida segundo critérios do órgão gestor local, podendo contar com equipe composta por profissionais especializados** (médico psiquiatra, **psicólogo** e assistente social) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde).

No **ambulatório especializado**, a **equipe multiprofissional** deverá ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, **psicólogo**, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), cuja composição e atribuições serão definidas pelo órgão gestor local.



Percebe-se que as determinações da Portaria SNAS nº 224/92 confirmam a multiprofissionalidade e a participação de serviços psicológicos no atendimento ambulatorial em saúde mental.

Ademais, é importante citar a Portaria GM/MS nº 1.635/2002, que “inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), procedimento específico que garante às pessoas portadoras de deficiência mental e de autismo assistência por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas”.

Portanto, a regulação do atendimento ambulatorial em saúde mental no âmbito do SUS obedece à proposta de atenção integral e prestigia a multiprofissionalidade, exigindo a presença do psicólogo nos quadros de recursos humanos.

### 3.1.2 - Atendimento hospitalar

No que concerne ao atendimento hospitalar de doentes mentais, a legislação brasileira, no contexto da reforma psiquiátrica, considera excepcional a hipótese de internação, de acordo com o art. 4º da Lei 12.216/01:

A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

E de modo ainda mais protetivo, a legislação estabelece que haja política específica para o paciente que esteja hospitalizado há muito tempo (art. 5º):

O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e

supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Entre os elementos de cumprimento do art. 5º da Lei 10.216/01, encontra-se o programa “De Volta pra Casa”, coordenado pelo Ministério da Saúde. Para contribuir para a reabilitação psicossocial de pacientes mentais egressos de internações, foi estabelecido, pela Lei 10.708/03, o *auxílio-reabilitação psicossocial*, cuja regulamentação é dada pela Portaria GM/MS nº 2.077/03. Com a finalidade de facilitar a assistência, o acompanhamento e a integração do paciente à sociedade, este benefício é mais um instrumento de efetivação da luta antimanicomial.

Outro instrumento para a diminuição das internações ao mínimo necessário é a regulação de Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental – Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde nº 106/00. Estes serviços são “moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social” (art. 1º, § único). Tais serviços “constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada” (art. 2º) e devem estar “vinculados, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo” (art. 5º, *d*). Trata-se, portanto, de atendimento ambulatorial<sup>1</sup>. A esses serviços cabe (art. 3º):

---

<sup>1</sup> Os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados, devem possuir equipe técnica composta por pelo menos um médico e dois profissionais de nível médio (art. 7º da Portaria GM/MS nº 106/2000, com redação dada pela Portaria GM/MS nº 175/2001).

- a) garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;
- b) atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;
- c) promover a reinserção desta clientela à vida comunitária.

A tudo isso se soma a política de redução progressiva de leitos psiquiátricos. Neste sentido, a Portaria GM/MS nº 52/04 cria o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. O Programa determina o seguinte:

O processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário. Aprofundando estratégia já estabelecida em medidas anteriores da política de saúde mental do SUS, a redução dos leitos deve conduzir à diminuição progressiva dos hospitais de maior porte, levando em conta sua localização em regiões de maior densidade de leitos hospitalares, e deve estar ancorada num processo permanente de avaliação da qualidade do atendimento hospitalar prestado, o que vem sendo realizado anualmente através do PNASH-Psiquiatria. Na mesma direção estratégica, a recomposição das diárias hospitalares deve ser instrumento da política de redução racional dos leitos e qualificação do atendimento. A estratégia deve garantir também que os recursos financeiros que deixarem progressivamente de ser utilizados no componente hospitalar possam ser direcionados às ações territoriais e comunitárias de saúde mental, como os centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatorios, atenção básica e outros. Finalmente, é necessário assegurar que o processo seja conduzido, na melhor tradição do SUS, através de pactuações sucessivas entre gestores

(municipais, estaduais e federal), prestadores de serviços e instâncias de controle social.

Ademais, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, por meio de sua Resolução nº 5/2004, estabeleceu que “a conversão do tratamento ambulatorial em internação só será feita com base em critérios clínicos, não sendo bastante para justificá-la a ausência de suporte sócio-familiar ou comportamento visto como inadequado” (item 10 do Anexo).

Portanto, o atendimento hospitalar é a *ultima ratio* da atenção à saúde mental no âmbito do SUS. Esse entendimento é confirmado pela Portaria GM/MS nº 2.391/2002, que determina, no art. 2º, que “a internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível”. Isso se coaduna com a tendência internacional de reforma psiquiátrica, que tem como marco, no continente americano, a Declaração de Caracas de 1990 e, em âmbito mundial, os *Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental*, adotados pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 1992.

Embora hipótese excepcional, a internação, quando necessária, deverá oferecer *assistência integral*. A legislação específica, portanto, está atenta ao *princípio da integralidade* da atenção à saúde, que se constitui em um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme o art. 7º, inc. II, da Lei 8080/90. A legislação, no dispositivo supra citado, exemplifica alguns elementos necessários à integralidade do atendimento da saúde mental (art. 4º, § 2º, da Lei 10.216/01):

- serviços médicos;
- serviços de assistência social;

- serviços psicológicos;
- serviços de assistência social;
- serviços ocupacionais;
- serviços de lazer.

Essa complementaridade entre as profissões da área da saúde é confirmada em normas infra-legais. A Portaria Interministerial nº 628/02, estabelecida pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, determina que nas unidades do sistema prisional, inclusive nas unidades psiquiátricas, é obrigatório haver, para cada quinhentos presos, uma equipe *mínima* de atenção básica de saúde, composta por médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, *psicólogo*, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, em carga horária de pelo menos 20 horas semanais, com suprimento regular de medicamentos básicos (art. 9º).

Portanto, na legislação brasileira, os *serviços psicológicos* estão expressamente incluídos no conjunto de serviços essenciais à realização do direito humano fundamental à saúde.

Dito de outro modo, quando houver internação psiquiátrica, deverá haver o oferecimento de serviços psicológicos. Logo, o psicólogo é um profissional necessário na organização da assistência à saúde mental.

Não obstante isso, não cabe ao psicólogo determinar pela internação do paciente mental, pois apenas médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se situe o estabelecimento de internação, tem essa prerrogativa (art. 8º, Lei 10.216/01), além da hipótese de internação compulsória – determinada judicialmente (art. 9º). A tipologia legal da internação psiquiátrica, de acordo com a Portaria GM/MS nº 2.391/2002, engloba quatro possibilidades (art. 3º):

- Internação psiquiátrica voluntária (IPV): expressamente consentida pelo paciente;
- Internação psiquiátrica involuntária (IPI): sem consentimento expresso do paciente;
- Internação psiquiátrica voluntária que se torna involuntária (IPVI): paciente discorda com a manutenção da internação;
- Internação psiquiátrica compulsória (IPC): determinada por medida judicial.

Portanto, todas as pessoas que sejam internadas (voluntariamente, sob determinação médica ou compulsoriamente), uma vez que estejam em ambiente hospitalar psiquiátrico, tem direito a atendimento integral que englobe, necessariamente, os serviços psicológicos.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 251/2002, “é atribuição intransferível do gestor local do Sistema Único de Saúde estabelecer o limite das internações em psiquiatria e o controle da porta de entrada das internações hospitalares, estabelecendo instrumentos e mecanismos específicos e resolutivos de atendimento nas situações de urgência/emergência, preferencialmente em serviços extra-hospitalares ou na rede hospitalar não especializada” (art. 8º).

Outro tema relevante na análise da regulação da saúde mental diz respeito à qualidade dos serviços de saúde. Neste sentido, a Portaria GM/MS nº 799/00 criou o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental, o qual contempla, entre suas atividades, “supervisão e avaliação, in loco, dos hospitais psiquiátricos que compõem a rede assistencial do Sistema Único de Saúde, tendo em vista a adoção de medidas que reforcem a continuidade do processo de reversão do modelo de atenção à saúde mental instituído no País” (art. 1º, § único, *b*).

De modo mais específico, o processo sistemático e anual de avaliação e supervisão da rede hospitalar especializada de psiquiatria, assim como de hospitais gerais com enfermarias ou leitos psiquiátricos, foi estabelecido pela Portaria GM/MS nº 251/02.

Esta Portaria também estabelece as diretrizes e normas para o atendimento hospitalar na saúde mental no âmbito do SUS. Primeiramente, são elencadas as seguintes diretrizes:

- Consolidar a implantação do modelo de atenção comunitário, de base extra-hospitalar, articulado em rede diversificada de serviços territoriais, capazes de permanentemente promover a integração social e assegurar os direitos dos pacientes;
- Organizar serviços com base nos princípios da universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
- Garantir a diversidade dos métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
- Assegurar a continuidade da atenção nos vários níveis;
- Assegurar a multiprofissionalidade na prestação de serviços
- Garantir a participação social, desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução.
- Articular-se com os planos diretores de regionalização estabelecidos pela NOAS-SUS 01/2001;
- Definir que os órgãos gestores locais sejam responsáveis pela regulamentação local que couber, das presentes normas, e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

Note-se que essas diretrizes corroboram a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica, reafirmam a integralidade de assistência e confirmam a multiprofissionalidade nos serviços de saúde mental no SUS.

A Portaria GM/MS nº 251/02 estabelece, ainda, as normas para o atendimento hospitalar psiquiátrico. Quando a maioria dos leitos de um hospital for destinada ao tratamento especializado de pacientes psiquiátricos em regime de internação,

este será considerado um hospital psiquiátrico. É proibida a existência de celas e é garantida a inviolabilidade de correspondência dos internados. De acordo com a necessidade de cada paciente, é obrigatório haver:

- a) avaliação médico-psicológica e social;
- b) garantia do atendimento diário ao paciente por, no mínimo, um membro da equipe multiprofissional, de acordo com o projeto terapêutico individual;
- c) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);
- d) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);
- e) preparação do paciente para a alta hospitalar, garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em serviço territorial com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), e para residência terapêutica quando indicado, sempre com o objetivo de promover a reintegração social e familiar do paciente e visando prevenir a ocorrência de outras internações;
- f) essas atividades deverão constituir o projeto terapêutico da instituição, definido como o conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do paciente, desde a admissão até a alta. Inclui o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à característica da clientela, e compatibiliza a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família. Envolve, ainda, a existência de um sistema de referência e contra-referência que permite o encaminhamento do paciente após a alta, para a continuidade do tratamento. Representa, enfim, a existência de uma filosofia que norteia e permeia todo o trabalho institucional, imprimindo qualidade à assistência prestada. O referido projeto deverá ser apresentado por escrito;
- g) desenvolvimento de projeto terapêutico específico para pacientes de longa permanência – aqueles com mais de 01 (um) ano ininterrupto de internação. O

projeto deve conter a preparação para o retorno à própria moradia ou a serviços residenciais terapêuticos, ou a outra forma de inserção domiciliar;

h) desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos para pacientes com deficiência física e mental grave e grande dependência;

i) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

As normas de atendimento da Portaria GM/MS nº 251/02 reafirmam a e necessária multiprofissionalidade da atenção hospitalar em saúde mental. Neste sentido, especialmente no que tange ao tratamento psicológico, a Portaria em tela determina que, para cada 60 pacientes internados, deve haver um psicólogo atuando pelo menos 20 horas semanais. Enfim, há a determinação expressa no sentido de que “a composição dos recursos humanos deve garantir a continuidade do quantitativo necessário em situações de férias, licenças e outros eventos”.

Também é obrigatória a prestação de serviço psicológico no atendimento hospitalar especializado para usuários de álcool e outras drogas. Neste sentido, é importante referir a Portaria GM/MS nº 1.612/05, a qual definiu as *Normas para funcionamento e credenciamento/habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas – SHR-ad*. Entre as normas estabelecidas para SHR-ad, encontra-se a obrigatoriedade de haver, na instituição hospitalar, projeto técnico que contemple atividade psicológica, atendimento individual psicoterápico e psicoterapia em grupo (Portaria GM/MS nº 1.612/05, Anexo I, item 1.3.2, alíneas *a*, *b* e *c*), bem como projeto terapêutico institucional executado por equipe multiprofissional (Portaria GM/MS nº 1.612/05, Anexo I, item 1.3.3.a). Finalmente, a equipe mínima de um Hospital de Referência para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras drogas (SHR-ad) deve incluir um psicólogo (Portaria GM/MS nº 1.612/05, Anexo I, item 1.3.5.1.c, e Anexo II). A regulação anterior previa as mesmas regras (Portaria GM/MS nº 1.027/05, Anexo I, 1.3.2.a, 1.3.3.a e 1.3.5.1.c; Anexo II).

Ainda com relação ao SHR-ad, é importante referir que esses serviços tem como um de seus objetivos “evitar a internação de usuários de álcool e outras drogas em hospitais psiquiátricos”, conforme estabelecem tanto a Portaria GM nº 2.197/2004, no seu art. 5º, inciso VII, como a Portaria GM/MS nº 1.612/2005, Anexo I, item 1.3.1, alínea *f*.

As citadas portarias do Gabinete do Ministro da Saúde confirmam a necessária multiprofissionalidade do atendimento em saúde mental, determinado pelo art. 4º, § 2º, da Lei 10.216/01. Note-se, porém, que o tema é objeto de normatização desde o início dos anos 1990. Com efeito, a Portaria do Secretário Nacional de Assistência à Saúde (SNAS), do Ministério da Saúde, nº 224/92 incluía, entre as diretrizes de funcionamento dos serviços de saúde mental, a “multiprofissionalidade na prestação dos serviços”.

A Portaria SNAS nº 224/92, no que concerne ao atendimento hospitalar de saúde mental, já distinguia entre hospital-dia, serviços de urgência psiquiátrica em hospital geral, leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria (grifado):

### 3. Normas para o atendimento hospitalar (Sistema de Informações Hospitalares do SUS)

#### 1. Hospital-dia

1.1. A instituição do hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos por **equipe multiprofissional**, visando a substituir a internação integral. A proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até 5 dias da semana (de segunda-feira a sexta-feira), com uma carga horária de 8 horas diárias para cada paciente.

1.2. O hospital-dia deve situar-se em área específica, independente da estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, salas de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual. Recomenda-se que o serviço do hospital-dia seja regionalizado, atendendo a uma população de



uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados de saúde mental.

1.3. A assistência ao paciente em regime de hospital-dia incluirá as seguintes atividades:

- **atendimento individual** (medicamentoso, **psicoterápico**, de orientação, dentre outros);
- **atendimento grupal** (**psicoterapia**, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias visando a trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social;
- os pacientes em regime de hospital-dia terão direito a três refeições: café da manhã, almoço e lanche ou jantar.

1.4. Recursos Humanos

A **equipe mínima**, por turno de 4 horas, para 30 pacientes-dia, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro;
- **4 outros profissionais de nível superior** (**psicólogo**, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos);
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

(...)

**2. Serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral**

2.1. Os serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros gerais funcionam diariamente durante 24 horas e contam com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com **equipe multiprofissional**. O atendimento resolutivo e com qualidade dos casos de urgência tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo.

2.2. Os serviços de urgência psiquiátrica devem ser regionalizados, atendendo a uma população residente em determinada área geográfica.

2.3. Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) **avaliação médico-psicológica** e social;
- b) **atendimento individual** (medicamentoso, de orientação, dentre outros);
- c) **atendimento grupal** (grupo operativo, de orientação);
- d) atendimento à família (orientação, esclarecimento sobre o diagnóstico, dentre outros).

Após a alta, tanto no pronto atendimento quanto na internação de urgência, o paciente deverá, quando indicado, ser referenciado a um serviço extra-hospitalar regionalizado, favorecendo assim a continuidade do tratamento próximo à sua residência. Em caso de necessidade de continuidade da internação, deve-se considerar os seguintes recursos assistenciais: hospital-dia, hospital geral e hospital especializado.

#### 2.4. Recursos Humanos

No que se refere aos recursos humanos, o serviço de urgência psiquiátrica deve ter a seguinte equipe técnica mínima; período diurno (serviço até 10 leitos para internações breves):

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e **1 psicólogo**;
- 1 assistente social;
- 1 enfermeiro;
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.



(...)

### 3. Leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral

3.1. O estabelecimento de leitos/unidades psiquiátricas em hospital geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência. Durante o período de internação, a assistência ao cliente será desenvolvida por **equipes multiprofissionais**.

3.2. O número de leitos psiquiátricos em hospital geral não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos. Deverão, além dos espaços próprios de um hospital geral, ser destinadas salas para trabalho em grupo (terapias, grupo operativo, dentre outros). Os pacientes deverão utilizar área externa do hospital para lazer, educação física e atividades socioterápicas.

3.3. Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) **avaliação** médico-**psicológica** e social;
- b) **atendimento individual** (medicamentoso, **psicoterapia breve**, terapia ocupacional, dentre outros);
- c) **atendimento grupal** (grupo operativo, **psicoterapia em grupo**, atividades socioterápicas);
- d) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;
- e) preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando a prevenir a ocorrência de outras internações.

### 3.4. Recursos Humanos

A **equipe técnica mínima** para um conjunto de 30 leitos, no período diurno, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e **1 psicólogo**;

- 1 enfermeiro;
  - **2 profissionais de nível superior** (psicólogo, assistente social e/ou terapeuta ocupacional);
  - profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.
- (...)

#### 4. Hospital especializado em psiquiatria

4.1. Entende-se como hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação.

4.2. Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) **avaliação médico-psicológica** e social;
- b) **atendimento individual** (medicamentoso, **psicoterapia breve**, terapia ocupacional, dentre outros);
- c) **atendimento grupal** (grupo operativo, **psicoterapia em grupo**, atividades socioterápicas);
- d) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;
- e) preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando a prevenir a ocorrência de outras internações.

4.3. Com vistas a garantir condições físicas adequadas ao atendimento de clientela psiquiátrica internada, deverão ser observados os parâmetros das normas específicas referentes à área de engenharia e arquitetura em vigor, expedidas pelo Ministério da Saúde.

4.4. O hospital psiquiátrico especializado deverá destinar uma enfermaria para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m<sup>2</sup>/leito e número de leitos igual a

1/50 do total do hospital, com camas Fowler, oxigênio, aspirador de secreção, vaporizador, nebulizador e bandeja ou carro de parada, e ainda:

- sala de curativo ou, na inexistência desta, 01 carro de curativos para cada 3 postos de enfermagem ou fração;
- área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída.

4.5. O hospital psiquiátrico especializado deverá ter sala(s) de estar, jogos, etc., com um mínimo de 40m<sup>2</sup>, mais 20m<sup>2</sup> para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.

#### 4.6. Recursos Humanos

Os hospitais psiquiátricos especializados deverão contar com **no mínimo**:

- 1 médico plantonista nas 24 horas;
- 1 enfermeiro das 7 às 19 horas, para cada 240 leitos;

E ainda:

- Para cada 40 pacientes, com 20 horas de assistência semanal distribuídas no mínimo em 4 dias, um médico psiquiatra e um enfermeiro;
- **Para cada 60 pacientes**, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 4 dias, os seguintes profissionais:

- 1 assistente social;
- 1 terapeuta ocupacional;
- 2 auxiliares de enfermagem;
- **1 psicólogo;**

E ainda:

- 1 clínico geral para cada 120 pacientes;
- 1 nutricionista e 1 farmacêutico.

O psiquiatra plantonista poderá também compor uma das equipes básicas, como psiquiatra-assistente, desde que, além de seu horário de plantonista, cumpra 15 horas semanais em pelo menos três outros dias da semana.

Percebe-se que as determinações da Portaria SNAS n° 224/92 confirmam a participação de serviços psicológicos em todas as modalidades de atendimento psiquiátrico hospitalar. Como visto *supra*, a Portaria GM/MS n° 251/02 atualizou as regras sobre atendimento hospitalar, mantendo a obrigatoriedade de prestação de serviços psicológicos, o que atende ao princípio da integralidade de assistência.

Note-se, por oportuno, que, à luz da Portaria SNAS n° 224/92, a prestação de serviços em *hospital-dia* integra a assistência hospitalar, ao lado da urgência hospitalar, da internação em hospital geral e da internação em hospital psiquiátrico.

Antes de concluir a análise da normativa do SUS referente ao atendimento hospitalar psiquiátrico, é importante esclarecer que não se confunde com o atendimento hospitalar o atendimento prestado em CAPS III (Centro de Atenção Psicossocial, modalidade III). Nesta hipótese, a linguagem da regulamentação não refere *internação*, mas trata de *acolhimento noturno*. Os CAPS III incluem “acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 5 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação” (art. 4º, 4.3.1.g, da Portaria GM/MS n° 336/02), sendo que “a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 7 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias” (art. 4º, 4.3.1.i, da Portaria GM/MS n° 336/02). Nos CAPS também é garantida a multiprofissionalidade dos serviços (Portaria GM/MS n° 336/02 c/c Portaria SAS n° 305/02, Anexo I, item 1.4.2).

Enfim, a análise da normativa legal e infra-legal referente à saúde mental no âmbito do SUS, no que concerne ao atendimento ambulatorial e ao atendimento hospitalar, indica que é essencial a participação do profissional da psicologia, a fim de fazer cumprir o princípio da integralidade.

### 3.1.3 - Atendimento de emergência



O atendimento de urgência/emergência em saúde mental pode excepcionar a necessidade de consentimento do paciente. A peculiaridade fática da emergência faz dela uma obrigação do Estado, independentemente do que manifestar o paciente mental. Isso fica ilustrado pelo o que dispõe a Resolução nº 1.408/1994, do Conselho Federal de Medicina, no seu art; 4º: “nenhum tratamento será administrado a uma pessoa com transtorno mental sem o seu consentimento esclarecido, salvo quando as condições clínicas não permitirem a obtenção do consentimento, e em situações de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a outras pessoas”.

No âmbito do SUS, atendimentos de emergência em saúde mental podem ser atendidos em hospitais gerais ou em hospitais psiquiátricos. Em setembro de 2008, por meio de Portaria GM/MS nº 1.899/2008, o Ministério da Saúde instituiu o Grupo de Trabalho sobre saúde mental em hospitais gerais. As competências deste Grupo são direcionadas à emergência em saúde mental (art. 3º):

- I - promover a discussão sobre as estratégias para expansão dos leitos para internação psiquiátrica em hospitais gerais, incluindo seus serviços de emergência;
- II - discutir os critérios de implantação e implementação dos serviços de emergência, com vistas a buscar uma maior adesão dos gestores à implantação dos leitos;
- III - estabelecer mecanismos de discussão e de definições técnicas sobre o tema dos leitos para internação psiquiátrica em hospitais gerais e nos serviços de emergência dos hospitais gerais, de forma coletiva e construtora de consenso, observando as necessidades e especificidades das diferentes regiões geográficas do País; e
- IV - promover a discussão sobre as diretrizes gerais para a regulação das internações psiquiátricas, incluindo o SAMU e as diretrizes da Política Nacional de Regulação do Ministério da Saúde.

Trata-se, pois, de assunto de grande atualidade no âmbito do Ministério. Não obstante essa discussão, a aplicação dos princípios da universalidade de acesso e de integralidade de cobertura implica o direito de todos aos serviços de urgência/emergência, inclusive no que se refere à saúde mental.

De modo geral, a regulação da atenção pré-hospitalar de urgências médicas está dada pela Portaria GM/MS nº 814/2001. Conforme estabelece o Anexo II dessa Portaria, a emergência psiquiátrica está incluída na atenção pré-hospitalar, inclusive para o atendimento de urgência móvel. *In verbis*:

O Ministério da Saúde considera como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza traumática ou não-traumática ou, ainda, **psiquiátrica**), que possa levar à sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

Especificamente para a saúde mental, existem os serviços de urgência psiquiátrica em hospital-geral, conforme o que dispõe a Portaria SNAS nº 224/92:

## **2. Serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral**

2.1. Os serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros gerais funcionam diariamente durante 24 horas e contam com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com **equipe multiprofissional**. O atendimento resolutivo e com qualidade dos casos de urgência tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo.

2.2. Os serviços de urgência psiquiátrica devem ser regionalizados, atendendo a uma população residente em determinada área geográfica.

2.3. Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) **avaliação médico-psicológica** e social;
- b) **atendimento individual** (medicamentoso, de orientação, dentre outros);
- c) **atendimento grupal** (grupo operativo, de orientação);
- d) atendimento à família (orientação, esclarecimento sobre o diagnóstico, dentre outros).

Após a alta, tanto no pronto atendimento quanto na internação de urgência, o paciente deverá, quando indicado, ser referenciado a um serviço extra-hospitalar regionalizado, favorecendo assim a continuidade do tratamento próximo à sua residência. Em caso de necessidade de continuidade da internação, deve-se considerar os seguintes recursos assistenciais: hospital-dia, hospital geral e hospital especializado.

#### 2.4. Recursos Humanos

No que se refere aos recursos humanos, o serviço de urgência psiquiátrica deve ter a seguinte equipe técnica mínima; período diurno (serviço até 10 leitos para internações breves):

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e **1 psicólogo**;
- 1 assistente social;
- 1 enfermeiro;
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

Especificamente no que se refere aos Serviços Hospitalares de Referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas (SHR-ad), a Portaria GM nº 2.197/2004, no art. 8º, incisos I a III, contemplou entre os procedimentos do SUS o

“tratamento de intoxicação aguda”, que perdura entre 24 e 48h, o “tratamento da síndrome de abstinência do álcool”, que perdura entre três e sete dias, bem como “tratamento de dependência do álcool, com a presença de intoxicação aguda com evolução para a instalação de síndrome de abstinência grave”, com duração entre três e quinze dias. A Portaria GM/MS nº 1.612/2005, confirma o oferecimento desses serviços pelo SUS (art. 4º), assim como fizera Portaria GM/MS nº 1.027/2005, revogada pela Portaria GM/MS nº 1.612/2005.

Entre as funções dos SHR-ad está a de “dar suporte à demanda assistencial caracterizada por situações de urgência/emergência que sejam decorrentes do consumo ou abstinência de álcool e/ou outras drogas, advindas da rede dos Centros de Atenção Psicossocial para a Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPSad), da rede básica de cuidados em saúde (Programa Saúde da Família, e Unidades Básicas de Saúde), e de serviços ambulatoriais especializados e não-especializados” (Portaria GM/MS nº 1.612/2005, Anexo I, item 1.3.1, alínea c).

Enfim, como demonstrado, no âmbito do SUS há previsão expressa para atuação do profissional psicólogo no atendimento de urgências psiquiátricas, especialmente em hospital-geral.

### **3.2 - REGULAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

A atenção à saúde na Saúde Suplementar obedece aos princípios determinados na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 167/08, entre os quais se encontram a “atenção multiprofissional” e a “integralidade das ações respeitando a segmentação contratada” (art. 4º, inc. I e II, respectivamente). Esses princípios “devem ser observados em todos os níveis de complexidade da atenção, respeitando as segmentações contratadas” (art. 4º, § único).

Portanto, há *segmentações* distintas de contratação de planos de saúde, as quais repercutem em maior ou menor cobertura. De modo geral, é obrigatório o oferecimento do plano-referência estabelecido pelo art. 10º da Lei 9.656/98. Isso se dá de acordo com as segmentações contratadas: Plano Ambulatorial, Plano Hospitalar sem Obstetrícia, Plano Hospitalar com Obstetrícia e Plano Odontológico, bem como combinações entre eles (art. 12 da Lei 9.656/98; art. 6º da Resolução Normativa da ANS nº 167/08).

A regulação específica da saúde mental está na dada pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) nº 11/98. De modo geral, as operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde são “obrigadas ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão – CID – 10” (art. 1º).

Cumpre, então, analisar o tema tanto na hipótese de plano ambulatorial, como na hipótese de plano hospitalar, bem como analisar a obrigatoriedade de prestação de serviços de emergência.

### **3.2.1 - Plano ambulatorial**

Segundo a Resolução ANS nº 167/2008, “o Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares” (art. 14).

De acordo com o art. 12, inc. I, da Lei 9.656/98, os planos incluídos na segmentação ambulatorial devem oferecer, obrigatoriamente, no mínimo, o seguinte:

- a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

Note-se que a alínea *a* se refere a consultas com médicos, não com psicólogos. Se, por um lado o número de consultas *médicas* é ilimitado, por outro, o número de sessões de psicoterapia é limitado a doze por ano, mediante indicação de *médico* assistente, conforme a Resolução ANS nº 167/2008 (art. 14, inciso IV e Anexo). Com relação aos procedimentos ambulatoriais inclusos obrigatoriamente no plano, referido na alínea *b*, note-se que a lei exige que sejam “solicitados pelo *médico* assistente”.

De acordo com o art. 2, inc. I, da Resolução CONSU nº 11/98, alterado na alínea *b* pelo art. 1º, inc. VII, da Resolução CONSU nº 15/99, os planos incluídos na segmentação ambulatorial devem oferecer, obrigatoriamente, no mínimo, o seguinte:

- a) o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;
- c) o tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

Aqui, novamente não há limitações para consultas *médicas* (alínea *c*), mas a *psicoterapia* é severamente limitada (alínea *b*).

Assim, no que se refere ao atendimento ambulatorial, o paciente mental pode enfrentar limitação à integralidade da assistência de que necessite, seja por causa da limitação a doze sessões anuais de psicoterapia, seja em função da necessidade de indicação médica para os serviços ambulatoriais.

Ocorre que, considerando a necessidade de indicação médica para a psicoterapia, seria razoável que a regulação da cobertura mínima pela saúde suplementar evoluísse para limitar a psicoterapia (feita por médico ou por psicólogo) ao número de sessões determinadas pelo médico assistente e não ao número de 12 sessões, como ocorre hoje.

Isso é o que seria *razoável*, hoje. Mas o *ideal* seria ir ainda mais longe, para extinguir a limitação quantitativa de sessões de psicoterapia e aceitar tanto a indicação médica, como a indicação por psicólogo.

### 3.2.2 - Plano Hospitalar

No que se refere ao atendimento hospitalar, o art. 12, inc. II, da Lei 9.656/98, determina que os planos incluídos na segmentação hospitalar devem oferecer, obrigatoriamente, no mínimo, o seguinte:

- a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;

- b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e
- f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;

A Resolução Normativa da ANS nº 167/08, ao tratar do plano hospitalar, no art. 15, não traz regras específicas à saúde mental. Conforme esse dispositivo:

Art. 15. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar definidos na Lei 9.656, de 1998, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso V deste artigo e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, observadas as seguintes exigências:

- I - cobertura de um acompanhante para crianças e adolescentes menores de 18 anos;

II - cobertura de um acompanhante para idosos a partir do 60 anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

III - cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

IV – cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar; e

V - cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Art. 14, inciso VIII, alínea *b* desta Resolução;
- c) radioterapia: todos os procedimentos descritos no anexo I desta Resolução para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Anexo I desta Resolução Normativa;
- g) embolizações: aquelas listadas no anexo I desta Resolução Normativa;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Anexo I desta Resolução Normativa;



k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

§ 1º O imperativo clínico, referido no inciso IV deste artigo, caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do doente.

§2º Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

§ 3º Para fins de aplicação do caput deste artigo é permitida a exclusão, de acordo com o art. 10 da Lei 9656, de 1998, dos seguintes itens:

I - tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

II - clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

III – transplantes, à exceção de córnea, rim, bem como dos transplantes autólogos listados no Anexo I desta Resolução Normativa; e

IV - consultas ambulatoriais e domiciliares.

Embora não contemple regras específicas sobre saúde mental no plano hospitalar, a Resolução Normativa da ANS nº 167/08 prevê a substituição de terapia em regime hospitalar e ambulatorial nos termos do art. 12, *in verbis*:

As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão oferecer, por sua iniciativa, cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista nesta Resolução Normativa e seus Anexos, dentre elas, atenção domiciliar e assistência farmacêutica, inclusive medicação de uso oral domiciliar que substitua a terapia em regime hospitalar ou ambulatorial de cobertura obrigatória.

A princípio, esse dispositivo pode aplicar-se à saúde mental, dependendo do que cada operadora de planos privados de assistência à saúde se dispuser a oferecer.

Como visto, a regulação específica da saúde mental está na dada pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) nº 11/1998. De acordo com o art. 2, inc. II, da Resolução CONSU nº 11/1998, alterado pelo art. 1º, inc. VII, da Resolução CONSU nº 15/99, os planos incluídos na segmentação hospitalar devem oferecer, obrigatoriamente, no mínimo, o seguinte:

- a. O custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b. O custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
- c. O custeio, dentro dos prazos definidos nas alíneas 'a' e 'b', somente poderá ser parcial se houver coparticipação ou franquia para as internações referentes às demais especialidades médicas.

Percebe-se, pois, limitação temporal à internação psiquiátrica, tanto para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise (alínea *a*) como para os portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização (alínea *b*). Esses dispositivos comprometem a integralidade da assistência em saúde mental. O Superior Tribunal de Justiça já definiu que os planos de saúde não podem limitar o valor do tratamento e de internação de seus associados, *in verbis*:

“A finalidade essencial do seguro-saúde reside em proporcionar adequados meios de recuperação ao segurado, sob pena de esvaziamento da sua própria ratio, o que não se coaduna com a presença de cláusula limitativa do valor indenizatório de tratamento que as instâncias ordinárias consideraram coberto pelo contrato.”<sup>2</sup>

É possível, ainda, que o contrato preveja “co-participação do usuário no custeio da internação nos casos em que o(s) período(s) de internação ultrapasse(m) os prazos definidos na alínea ‘a’ e ‘b’ do inciso II, do artigo 2º, no transcorrer de um mesmo ano de contrato” (art. 3º, Resolução CONSU nº 11/1998). Nestes casos, a co-participação “deverá estar claramente definida no contrato, podendo, em caráter excepcional, ser crescente conforme o tempo de internação” (art. 3º, § único).

A co-participação é aceita como mecanismo lícito nos contratos dos planos de saúde, conforme decisões do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo<sup>3</sup> e do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul<sup>4</sup>. Além da Resolução CONSU nº 11/1998, o mecanismo está previsto na Lei n.º 9656 de 1998 (Art. 16, VIII) e na Resolução CONSU n.º 8/1998 (Art. 2º, VII, Art. 3º, II e Art. 4º, caput).

Além do custeio integral de trinta dias de internação em hospital psiquiátrico por ano (art. 2º, inc. II, alínea *a*, supra citada), a Resolução CONSU nº 11/98 prevê o direito do usuário a “oito semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia” (art. 5º, inc. I). Esta cobertura em hospital-dia é aumentada para cento e oitenta dias por ano, nos casos dos “diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID 10” (art. 5º, inc. II). Recorde-se que, conforme a Portaria SNAS nº 224/92, “a instituição do hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando a substituir a internação integral”.

<sup>2</sup> REsp 326147/SP, Ministro Aldir Passarinho Junior, Quarta Turma, DJ 08/06/2009.

<sup>3</sup> TJSP 5920684800, Neves Amorim, 2ª Câmara de Direito Privado, DJ 16/09/2008.

<sup>4</sup> TJRS 70024786675, Paulo Sérgio Scarparo, Quinta Câmara Cível, DJ 22/08/2008.

Verifica-se, portanto, importante limitação à cobertura de problemas mentais e de problemas relacionados a alcoolismo e outras drogas. Além disso, segundo ao art. 4º da Resolução CONSU nº 11/98, “as operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde poderão definir, no momento da contratação, um prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias de cobertura parcial excluindo as internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas”. Trata-se de uma carência específica que pode ser estipulada no contrato.

Não obstante isso, de acordo com o § único do art. 2º da Resolução CONSU nº 11/98, “estarão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas”. Com relação a esses procedimentos, não foi estabelecida limitação de cobertura.

É importante, então, perguntar se as mencionadas limitações à cobertura permitidas pela Resolução CONSU nº 11/98, com as alterações trazidas pela Resolução CONSU nº 15/99, respeitam o que dispõe o antes citado art. 12, inc. II, alíneas *a* e *b*, da Lei 9.656/98.

Com efeito, por um lado, a Resolução CONSU nº 11/98 permite que as Operadoras de Planos de Saúde imponham as seguintes limitações: 30 dias de internação em hospital psiquiátrico por ano, de 8 semanas a 180 dias de tratamento em hospital-dia por ano, 15 dias de internação em hospital geral para quadros de intoxicação/abstinência de drogas. Por outro lado, a Lei 9.56/98, no art. 12, veda a limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações hospitalares, excluindo expressamente apenas procedimentos obstétricos. Pode uma resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU – estabelecer limitações que não foram determinadas por Lei federal? Evidentemente não.

A Lei 9.656/98 traz normas de hierarquia superior às disposições de atos do Executivo com força legislativa, como a referida Resolução CONSU. Isso está de acordo com a arquitetura normativa do ordenamento jurídico brasileiro definido

constitucionalmente. Portanto, é ilegal qualquer limitação à quantidade de dias de internação hospitalar, inclusive em hospital-dia, nos casos de assistência à saúde mental.

É importante reiterar, quanto a isso, que a modalidade de tratamento em hospital-dia faz parte do segmento hospitalar. Ou seja, hospital-dia é hospital, sob a ótica da legislação que regulamenta o setor da saúde suplementar. Aliás, isso fica muito claro também na atenção à saúde mental dada pelo SUS, como visto quando se analisou a Portaria SNAS nº 224/92. Portanto, qualquer limitação à quantidade de dias de internação em hospital-dia será ilegal, pelos argumentos supra mencionados. À luz da Lei 9.656/98, o atendimento hospitalar, que inclui o hospital-dia, não pode sofrer limitações de cobertura quanto a sua duração. Enfim, a Lei 9.656/98 não autoriza qualquer discriminação para os casos de internação em saúde mental, pois só limita a cobertura hospitalar em obstetrícia.

Paralelamente, há as diretrizes da ANS em matéria de saúde mental, as quais são mais abrangentes. Essas diretrizes, no entanto, não são obrigatórias.

As *Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar* visam a contextualizar o quadro da saúde mental no Brasil e estimular ações de promoção e de prevenção em matéria de saúde mental. Embora não tratem especificamente do atendimento hospitalar em saúde mental, as *Diretrizes*, especialmente no que concerne aos portadores de transtornos mentais graves e persistentes, sugerem ações tendo em vista “evitar internações repetidas e o abandono do tratamento”, bem como “estimular a reinserção social” (ANS, 2008, p. 45). Entre as ações sugeridas estão “contar com equipe multidisciplinar” e “equipe qualificada nas emergências psiquiátricas” (ANS, 2008, p. 45-46). De modo geral, as Diretrizes visam a “estabelecer novos paradigmas para a atenção à saúde mental no setor suplementar que incluam o respeito aos direitos e à cidadania do portador de transtorno mental, a redução da atenção hospitalar, a utilização de equipes multidisciplinares e abordagem psicossocial em todos os níveis de atenção, a adoção de políticas de prevenção ao uso e dependência de substâncias psicoativas, a busca ativa dos

pacientes evitando o abandono do tratamento, o apoio e medidas educativas aos familiares e/ou cuidadores” (ANS, 2008, p. 57).

Antes de concluir a análise da normativa da Saúde Suplementar referente ao atendimento hospitalar psiquiátrico, é importante mencionar algumas disposições gerais pertinentes aos planos de saúde.

Segundo o art. 14 da Lei 9.656/98, “em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde”. Não obstante, em caso de doenças pré-existentes à contratação do plano de saúde, aplica-se o art. 11 da Lei 9.656/98, *in verbis*:

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS.

Enfim, a análise da normativa legal e infra-legal referente à saúde mental no âmbito da saúde suplementar, no que concerne ao atendimento ambulatorial e ao atendimento hospitalar, indica que há importantes limitações à cobertura. Diante disso, a proteção dada pela legislação<sup>5</sup> pode não ser suficiente para que o usuário de planos privados de saúde exerça satisfatoriamente seu direito à saúde, enquanto direito subjetivo de acesso à atenção individual necessária.

---

<sup>5</sup> Entende-se, aqui, *legislação* em sentido amplo, abarcando o conjunto das fontes diretas de direito sanitário, ou seja, os instrumentos normativos produzidos não apenas pelo Poder Legislativo, mas também os decretos regulamentadores, as portarias, as resoluções etc. (AITH, 2007, p. 145).

### 3.2.3 - Atendimento de emergência

Por lei, os planos de saúde são obrigados a dar cobertura em caso de urgência e emergência (Lei 9.656/98, art. 35-C). Considera-se de emergência os casos que “implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente” (art. 35-C, inciso I). Considera-se de urgência os casos “resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional” (art. 35-C, inciso II).

Além disso, é importante mencionar que, quando o plano de saúde fixar períodos de carência, o período máximo permitido por lei para a carência da cobertura de casos de urgência e emergência é de 24 horas (Lei 9.656/98, art. 12, inciso V, alínea c). Ademais, caso, em função da própria urgência, o atendimento emergencial ocorra em estabelecimento médico não conveniado, o consumidor terá direito ao reembolso (Lei 9.656/98, art. 12, inciso VI).

Portanto, *prima facie*, tanto os planos de modalidade ambulatorial, como os planos da modalidade hospitalar, devem cobrir casos urgentes e emergenciais.

No mesmo sentido, no plano infralegal, a Resolução ANS nº 167/08 inclui, na cobertura mínima a ser oferecida pelos planos de saúde, os atendimentos de urgência e emergência (art. 13, *caput*). Isso se aplica tanto ao plano ambulatorial (art. 14, inciso VI) como ao plano hospitalar (art. 15, *caput*), conforme resolução específica. O plano ambulatorial deve dar, ainda “cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação” (art. 14, inciso VII).

A resolução específica para situações de urgência e emergência é dada pela Resolução CONSU nº 13/98, com as alterações estabelecidas na Resolução CONSU nº 15/99. Há regras distintas conforme se trate de plano ambulatorial ou hospitalar. No caso de plano ambulatorial, a cobertura é bastante limitada:

**Art. 2º** O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento.

**Parágrafo único.** Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.

(...)

**Art. 7º** A operadora deverá garantir a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação para os usuários portadores de contrato de plano ambulatorial.

**§1º** Nos casos previstos neste artigo, quando não possa haver remoção por risco de vida, o contratante e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus

**§2º** Caberá a operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento

**§3º** Na remoção, a operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

§ 4º Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no § 2º deste artigo, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Quanto ao plano hospitalar, a cobertura é maior, aplicando-se os seguintes dispositivos da Resolução CONSU nº 13/98:

**Art. 3º** Os contratos de plano hospitalar devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

§1º. No plano ou seguro do segmento hospitalar, quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano ou seguro do segmento ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

§2º. No plano ou seguro do segmento hospitalar, o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

§3º. Nos casos em que a atenção não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar, ou como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da operadora.

**Art. 4º** Os contratos de plano hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica, deverão garantir os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional.

**Parágrafo único.** Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes com plano hospitalar sem cobertura obstétrica ou com cobertura obstétrica – porém ainda cumprindo período de carência – a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas no art.2º para o plano ambulatorial.

Não foram encontradas regras específicas sobre urgência e emergência em saúde mental. Tampouco foram encontradas referências específicas à inclusão de serviços do profissional psicólogo no atendimento de emergência em saúde mental no âmbito da saúde suplementar, diferentemente do que ocorre no âmbito do SUS.

### **3.3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE EMERGÊNCIAS E ATENDIMENTO AMBULATORIAL E HOSPITALAR**

Percebe-se que a regulação da saúde mental no SUS vem desde o início dos anos 1990, confirmando-se nos primeiros anos do novo século. Por sua vez, a regulação da saúde mental na saúde suplementar é um pouco mais recente.

A cobertura de atendimento mental é ilimitada no âmbito do SUS, respeitando o princípio da integralidade. Diferentemente, na Saúde Suplementar, a cobertura é limitada, havendo uma concepção restrita da integralidade, condicionada à área geográfica abrangida pelo plano, ao rol de procedimentos mínimos, à limitação temporal de dias de internação por ano e à segmentação contratada (ambulatorial ou hospitalar).

Além disso, de acordo com o art. 8º, inc. I, da Lei 9.656/98, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem ser registradas nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia. Não há exigência neste sentido no que se refere aos Conselhos Regionais de Psicologia.

Tudo isso denota uma assimetria entre o tratamento dado aos serviços de psicologia no âmbito do SUS e na seara da Saúde Suplementar. A Saúde Suplementar, tal como regulamentada atualmente, não garante aos consumidores de planos privados de assistência à saúde o pleno exercício do direito à saúde no que concerne à saúde mental, seja no âmbito do atendimento ambulatorial, seja na seara do atendimento hospitalar.

Não obstante isso, tanto na esfera do SUS como no campo da Saúde Suplementar é reconhecida a necessária multiprofissionalidade da atenção à saúde, o que impõe a adequada inclusão da psicologia e de outras profissões da saúde nos serviços de saúde, inclusive no que tange ao atendimento ambulatorial, hospitalar e de emergência. Portanto, a regulação da Saúde Suplementar deve caminhar em direção a cada vez maior abrangência multiprofissional, por meio da diminuição de limitações ao atendimento psicológico, em direção à eliminação dessas limitações, tudo isso em homenagem ao direito humano fundamental à saúde.

Por outro lado, o Código de Ética do Profissional Psicólogo estabelece princípios fundamentais, os quais são baliza para a evolução do reconhecimento social e jurídico da Psicologia. Para o escopo deste trabalho, é importante referir os seguintes princípios:

II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades (...).

III. O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural.

IV. O psicólogo atuará com responsabilidade, por meio do contínuo aprimoramento profissional, contribuindo para o desenvolvimento da Psicologia como campo científico de conhecimento e de prática.

V. O psicólogo contribuirá para promover a universalização do acesso da população às informações, ao conhecimento da ciência psicológica, aos serviços e aos padrões éticos da profissão.

(...)

VII. O psicólogo considerará as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais, posicionando-se de forma crítica e em consonância com os demais princípios deste Código.

Em face do exposto, a ampliação da cobertura do atendimento ambulatorial e hospitalar em saúde mental, na órbita jurídica da saúde suplementar, é uma legítima pretensão dos profissionais da psicologia, amparada pelos princípios fundamentais que norteiam o exercício dessa profissão.

## 4 - ATENDIMENTO DOMICILIAR EM SAÚDE MENTAL

O atendimento domiciliar em Saúde Mental é medida geralmente aplicada aos casos de transtornos mentais severos, caracterizados pela incapacidade do paciente em procurar atendimento fora de seu domicílio. Além disso, o atendimento em domicílio representa a única alternativa viável para pacientes com dificuldades locomotoras, que não conseguem sair de casa para procurar ou freqüentar tratamento.

### 4.1 – ATENDIMENTO DOMICILIAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

#### 4.1.1 - Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como organização e funcionamento dos serviços correspondentes.

Em seu Capítulo VI, a Lei trata do “Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar”, onde estabelece, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares, inclui “*principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio*”. A Lei prevê que o tratamento domiciliar seja realizado por equipes multidisciplinares, que atuem nos níveis de medicina preventiva, terapêutica e

reabilitadora, e destaca que tratamentos desse tipo só podem ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.

#### **4.1.2 - Atendimento Domiciliar nos serviços de Saúde Mental do SUS**

A Portaria SNAS 224, de 29 de janeiro de 1992 regulamenta o funcionamento de todos os serviços de Saúde Mental. Além da incorporação de novos procedimentos à tabela do SUS, a Portaria regulamentou o funcionamento dos hospitais psiquiátricos e teve a particularidade de ter sido aprovada pelo conjunto dos coordenadores/assessores de Saúde Mental dos estados, para que, entendida como “regra mínima”, pudesse ser cumprida em todas as regiões do País.

O documento destaca que a atenção aos pacientes, tanto em unidades ambulatoriais de saúde, como em Núcleos/Centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS – hoje apenas CAPS) e no Hospital-dia, deve incluir “*visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior*” (artigo 1.3, 2.4 e 2.1 do Anexo).

#### **4.1.3 - Atendimento Domiciliar no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS)**

A Portaria SNAS 189, 19 de novembro de 1991, incluiu novos procedimentos no Sistema de Informações Ambulatoriais, do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), com destaque para a inclusão de “*Visita domiciliar por profissional de nível superior; Componentes: atendimento domiciliar realizado por profissional de nível superior, com duração média de 60 minutos.*”

A Portaria GM 1.635, de 12 de setembro de 2002 também incluiu no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), procedimento específico que garante às pessoas portadoras de deficiência mental e de autismo assistência por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas. Em seu artigo 7º, a Portaria incluiu no SIA-SUS “*Visita Domiciliar para Consulta/Atendimento em Assistência Especializada e de Alta Complexidade*”.

#### **4.1.4 - Atendimento Domiciliar nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS**

A Portaria GM 336, de 19 de fevereiro de 2002 acrescentou novos parâmetros aos definidos pela Portaria SNAS 224/92 (que regulamenta o funcionamento dos CAPS) para ampliar a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais.

A Portaria estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial, em todas suas modalidades de serviços (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi II e CAPSad II), devem incluir o serviço de “*visitas domiciliares*” a pacientes (artigos 4.1.1, 4.2.1, 4.3.1, 4.4.1 e 4.5.1).

#### **4.1.5 - Atendimento Domiciliar de Pacientes com Transtornos causados pelo Uso Prejudicial ou Dependência de Álcool e Outras Drogas**

A Portaria SAS 305, de 3 de maio de 2002, aprova “*Normas de Funcionamento e Cadastramento de CAPS para Atendimento de Pacientes com Transtornos Causados pelo Uso Prejudicial ou Dependência de Álcool e Outras Drogas*”.

As normas ressaltam que os CAPSad, que atendem usuários de álcool e outras drogas, devem incluir “*visitas e atendimentos domiciliares*” dentre suas atividades (artigo 1.3.2, d).

## **4.2 – ATENDIMENTO DOMICILIAR EM SAÚDE MENTAL NO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

### **4.2.1 - Atendimento Domiciliar no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de cobertura mínima**

A Resolução Normativa ANS nº 167, de 9 de janeiro de 2007, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de cobertura mínima nos planos privados de assistência à saúde, não inclui atendimento domiciliar dentre os procedimentos de cobertura mínima. Porém, em seu artigo 12, destaca que as operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão oferecer, por sua iniciativa, cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista nesta Resolução Normativa e seus Anexos, dentre elas, a atenção domiciliar.

### **4.2.2 - Atenção Domiciliar nas Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar**

O documento da ANS que estabelece “*Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar*”, define cinco linhas de cuidado específicas para as quais sugere ações de promoção e prevenção em saúde, conforme aqui já elucidado no estudo sobre Prevenção em Saúde Mental. As linhas de cuidado são as seguintes: a) Transtornos

Mentais Graves e Persistentes; b) Transtornos Decorrentes do Uso de Álcool e Outras Drogas; c) Transtornos Depressivos, Ansiosos e Alimentares; d) Saúde Mental de Crianças e Adolescentes; e e) Saúde Mental de Idosos.

Por meio dessas diretrizes, a ANS fala em atenção domiciliar quando se refere ao atendimento às pessoas idosas. Destaca que *“embora a Atenção Domiciliar não esteja contemplada entre as ações de cobertura obrigatória na saúde suplementar, a oferta desta modalidade de atenção, principalmente para os idosos, tem se tornado bastante comum nos planos privados de saúde”*. A atenção domiciliar é definida como um conjunto de ações realizadas por uma equipe multi-disciplinar no domicílio do usuário/família, a partir do diagnóstico da realidade em que o idoso está inserido, de seus potenciais e limitações, *“articulando promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação”*.

#### **4.2.3 – Considerações Finais sobre Atendimento Domiciliar**

O presente estudo destaca a presença do atendimento domiciliar na regulação da Saúde Mental no SUS. As visitas domiciliares estão presentes nos programas de ação do SUS e inclusive em todas as modalidades de CAPS.

Já na Saúde Suplementar, a situação é bastante diferente. A cobertura de atendimento domiciliar não é sequer incluída no rol de procedimentos e eventos de cobertura mínima pelos planos de saúde privados. O atendimento domiciliar aparece como mera sugestão na Resolução Normativa ANS nº 167, de 9 de janeiro de 2007.

Isso revela a falha da Saúde Suplementar em exigir obrigatoriedade ao atendimento domiciliar, essencial para lidar com determinadas situações de Saúde Mental e para atender pacientes com dificuldades locomotoras. A Saúde Suplementar, notadamente nesse aspecto, não prevê as garantias necessárias aos consumidores de planos privados de saúde.

## **5 - ATENDIMENTO TERAPÊUTICO E/OU POR SESSÕES EM SAÚDE MENTAL NO SUS E NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

O atendimento terapêutico a pacientes no Sistema Único de Saúde e no Sistema de Saúde Suplementar é bastante distinto para cada qual. No SUS, a terapia psicossocial por sessões é concebida essencialmente para portadores de transtornos severos e persistentes enquanto, na Saúde Suplementar, o filtro é outro, e engloba o tratamento por todo tipo de transtorno, limitado pela cobertura mínima oferecida pelos planos de saúde privados.

A terapia psicossocial por sessões é um desafio na medida que compreende um tratamento de médio ou longo prazo, dependente do compromisso do paciente e da acessibilidade da instituição que oferece o tratamento.

### **5.1 - ATENDIMENTO TERAPÊUTICO E/OU POR SESSÕES EM SAÚDE MENTAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

#### **5.1.1 - Atendimento Terapêutico/ por sessões nos Hospitais**

A Portaria MS/GM 251, de 31 de janeiro de 2002, instituiu o processo sistemático e anual de avaliação e supervisão da rede hospitalar especializada de psiquiatria, assim como dos hospitais gerais com enfermarias ou leitos psiquiátricos, estabelecendo critérios de classificação conforme porte do estabelecimento e cumprimento dos requisitos qualitativos de avaliação.

Em seu Anexo, a Portaria estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria no SUS, ressaltando que o atendimento hospitalar psiquiátrico

deve compreender: “b) *garantia do atendimento diário ao paciente por, no mínimo, um membro da equipe multiprofissional, de acordo com o projeto terapêutico individual*” bem como “c) *atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros)*” e “d) *atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas)*” (artigo 2.3, b, c e d).

Verifica-se, assim, que o atendimento hospitalar no SUS deve contar com projeto terapêutico individual para os pacientes, incluindo psicoterapia individual breve e psicoterapia em grupo.

### **5.1.2 - Terapia Psicossocial no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS)**

A Portaria SNAS 189, de novembro de 1991, incluiu novos procedimentos no Sistema de Informações Ambulatoriais, do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), com destaque para os seguintes:

*“Código 038-8 Atendimento em grupo executados por profissionais de nível superior; Componentes: atividade de grupo de pacientes (grupo de orientação, grupo operativo, psicoterapia grupal e/ou familiar), composto por no mínimo 5 e no máximo 15 pacientes, com duração média de 60 minutos, executada por um profissional de nível superior, desenvolvida nas unidades ambulatoriais cadastradas no SIA, e que tenham estes profissionais devidamente cadastrados.*

*Código 840-0 Atendimento em Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (01 turno);*



*Componentes: atendimento a pacientes que demandem programa de atenção de cuidados intensivos, por equipe multiprofissional em regime de um turno de 4 horas, incluindo um conjunto de atividades (acompanhamento médico, acompanhamento terapêutico, oficina terapêutica, psicoterapia individual/grupal, atividades de lazer, orientação familiar) com fornecimento de duas refeições, realizado em unidades locais devidamente cadastradas no SIA para a execução deste tipo de procedimento.*

*Código 842-7 Atendimento em Núcleos/Centros Atenção Psicossocial (02 turnos); Componentes: atendimento a pacientes que demandem programa de atenção de cuidados intensivos, por equipe multiprofissional em regime de dois turnos de 4 horas, incluindo um conjunto de atividades (acompanhamento médico, acompanhamento terapêutico, oficina terapêutica, psicoterapia individual/grupal, atividades de lazer, orientação familiar), com fornecimento de três refeições, realizado em unidades locais devidamente cadastradas no SIA para a execução deste tipo de procedimento.”*

Verifica-se, assim, que a psicoterapia individual ou em grupo passou a integrar a lista de procedimentos do SAI/SUS em 1991.

A Portaria MS/GM 1.635, de 12 de setembro de 2002 também inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), procedimento específico que garante às pessoas portadoras de deficiência mental e de autismo assistência por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas. Em seu artigo 7º, a Portaria inclui no SIA-SUS as “*Terapias em Grupo*” e “*Terapias Individuais*” específicas para o atendimento aos portadores de deficiência mental e autismo.

### 5.1.3 - Terapia Psicossocial nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS

A Portaria MS/GM 336, de 19 de fevereiro de 2002, acrescenta novos parâmetros à regulação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência.

Em seu artigo 1º, a Portaria estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas modalidades de serviços CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Destaque-se que as três modalidades de serviços devem estar “*capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante*”, evidência de que resta pouco espaço para a psicoterapia voltada para outros tipos de transtornos mentais nos CAPS.

Porém, o Anexo da Portaria MS/GM 336 segue definindo as atividades incluídas na assistência prestada aos pacientes dos CAPS e, para todas as modalidades de CAPS, inclui “*atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros)*” e “*atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras)*” (artigos 4.1.1, 4.2.1, 4.3.1, 4.4.1 e 4.5.1).

#### **5.1.4 - Terapia Psicossocial no Atendimento de Pacientes com Transtornos causados pelo Uso Prejudicial ou Dependência de Álcool e Outras Drogas**

A Portaria MS/GM 1027, de 04 de julho de 2005, aprova as normas de funcionamento e credenciamento/habilitação dos serviços hospitalares de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e de outras drogas. Inclui na Tabela de Serviços/Classificações dos Sistemas de Informações do SUS, a classificação de código 006 – Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, que prevê “*atendimento especializado em saúde mental, individualmente e/ou em grupos*”.

O Anexo I da Portaria ainda traz as “Normas para Funcionamento e Credenciamento/Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas - SHR-ad” o qual prevê, novamente, que os SHR-ad deverão contemplar em seu projeto técnico as seguintes atividades: “*atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros)*” e “*atendimento em grupo (psicoterapia, orientação, atividades de suporte social, entre outras)*” (artigo 1.3.2).

### **5.2 - ATENDIMENTO TERAPÊUTICO E/OU POR SESSÕES EM SAÚDE MENTAL NO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

#### **5.2.1 – Porta de Entrada**

A Resolução Normativa ANS nº 167, de 9 de janeiro de 2007, em seu artigo 5º, §1º, estabelece que os procedimentos e eventos de cobertura obrigatória na Saúde

Suplementar devem ser solicitados pela figura do médico assistente para que possam ser executados, com exceção dos procedimentos de natureza odontológica:

*“Todos os procedimentos listados no Anexo I desta Resolução Normativa poderão ser executados pelos profissionais de saúde, de acordo com o caput deste artigo, desde que solicitados pelo médico assistente, com exceção dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica, que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista.*

O texto da Resolução Normativa nº 167 ainda deixa claro, em seu artigo 14, IV, que a cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Anexo I da Resolução, prescinde de indicação de médico assistente. Porém, isso não se justifica. A regulação da Saúde Suplementar deve estar pautada pela lógica da integralidade. O paciente pode enfrentar limitação à integralidade da assistência de que necessite em função da necessidade de indicação de médico assistente para os serviços de terapia psicossocial.

Deve-se partir do princípio de que o paciente conhece as razões que o levam a procurar serviços de saúde mental e, portanto, sabe qual profissional deve procurar. Os atuais serviços de porta de entrada na Saúde Suplementar impõe limitações e óbices desnecessários. Deve ser garantida ao usuário a opção de acessar diretamente um profissional de saúde especializado.

Entretanto, caso seja necessário discutir a criação de uma porta de entrada diferenciada, ela deve ser racional e multiprofissional, contando com mecanismos de controle multidisciplinares para procedimentos especializados, além de compreender categorias profissionais diversificadas. Tanto no campo do SUS como na Saúde Suplementar é reconhecida a necessária multiprofissionalidade na atenção à saúde, o que impõe a adequada inclusão dos profissionais da psicologia e de outras profissões da saúde nos serviços de porta de entrada. Ressalte-se que o próprio texto da Resolução Normativa

nº 167 de 2007 estabelece, em seu artigo 4º, que a atenção à Saúde na Saúde Suplementar deve observar a *atenção multiprofissional*.

A garantia ao direito fundamental à saúde exige a diminuição das limitações ao acesso de pacientes. Deve-se buscar a racionalização da porta de entrada, adequando-se à natureza multiprofissional dos serviços prestados. A centralização da tarefa de auditoria à figura do médico assistente é absolutamente contrária à racionalização, eis que o médico assistente não possui o amplo conhecimento necessário para bem racionalizar o uso de procedimentos e eventos em todas as áreas da saúde mental.

### **5.2.2 - Terapia Psicossocial na Cobertura aos Tratamentos dos Transtornos Psiquiátricos**

A Resolução CONSU 11, de 04 de novembro de 1998, dispõe sobre a cobertura aos tratamentos de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde.

A Resolução prevê, em seu artigo 2º, que é obrigatória a cobertura pelas operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, nos planos ou seguros do segmento ambulatorial, do “*atendimento às emergências*”; da “*psicoterapia de crise*” (que refere-se a tratamento com início imediatamente após o atendimento de emergência); e do tratamento básico, “*prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente*”.

O “tratamento básico” aqui referenciado compreende a psicoterapia por sessões, mas não pode ser exercido em número ilimitado de consultas vez que a Resolução Normativa ANS nº 167, de 9 de janeiro de 2007, restringiu esse número a 12 sessões por ano.

### 5.2.3 - Terapia Psicossocial no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

A Resolução Normativa ANS nº 167, de 9 de janeiro de 2007 atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999.

No artigo 14 da Resolução da ANS, inciso IV, há previsão para a cobertura de psicoterapia, que poderá ser realizada “*tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado*”, de acordo com o número de sessões estabelecido no Anexo I, que lista os procedimentos e eventos de cobertura mínima obrigatória e define que, para sessões de psicoterapia, há cobertura mínima de 12 sessões por ano (página 5 do Anexo).

### 5.2.4 – Limite ao número de sessões

O número de sessões de psicoterapia é limitado a doze por ano na Saúde Suplementar, mediante indicação de médico assistente, conforme a Resolução ANS nº 167/2008 (art. 14, inciso IV e Anexo). Assim, no que se refere ao tratamento por terapia psicossocial, o paciente enfrenta limitação à integralidade da assistência de que necessita tanto em função da necessidade de indicação médica para os serviços, como por conta da limitação a doze sessões anuais de psicoterapia.

Ocorre que a limitação ao número de consultas/sessões impõe restrição à integralidade da assistência em saúde, contrariando a lógica do sistema constitucional de proteção do direito fundamental à saúde estipulado no Art. 6º da Constituição de 1988.

Na Saúde Suplementar, a Resolução CONSU nº 11/98 estabelece, de modo geral, que as operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde são “obrigadas ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão – CID – 10” (art. 1º). Ocorre que a limitação ao número de consultas/sessões prejudica o tratamento de transtornos que exigem maior atenção e, assim, condiciona tais tratamentos à completa ineficácia. Assim, a cobertura obrigatória prevista na Resolução Normativa nº 167 de 2007, além de ser contrária à integralidade da assistência em saúde, também impõe óbice à resolutividade.

O número de consultas/sessões deve ser ilimitado para respeitar a integralidade e a finalidade resolutiva do tratamento. O ideal seria extinguir a limitação quantitativa de consultas/sessões de psicoterapia por completo. Porém, se necessária a criação de mecanismo para o controle do número de consultas/sessões, a cobertura obrigatória deve ser ampliada, levando-se em conta que as sessões podem ser divididas em diferentes tratamentos. Pode-se estabelecer, por exemplo, um atendimento mínimo de uma vez por semana em 12 meses (48 sessões/consultas ao ano), considerando que alguns transtornos mais graves devem compreender cobertura mínima ainda mais ampliada. Outra possibilidade seria permitir ao médico assistente determinar o número de sessões para cada caso específico, sem considerar limitação ao número de 12 sessões.

### **5.3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE ATENDIMENTO POR SESSÕES**

Há uma clara diferença no tratamento da terapia psicossocial por sessões no SUS e na Saúde Suplementar. O SUS concebe a terapia psicossocial como instrumento para lidar com transtornos mentais severos e persistentes, compreendendo sessões de terapia individuais e em grupo. As sessões de terapia em grupo representam a alternativa mais interessante para o SUS, na medida em que exigem poucos recursos para atender a

maior quantidade de pacientes. Após passar pela porta de entrada do SUS, o paciente é redirecionado para serviços de atendimento previstos para seu tipo de transtorno, o que, por vezes, recai na terapia psicossocial por sessões em grupos e, em casos mais específicos, de atendimento individual.

Na Saúde Suplementar, a terapia psicossocial por sessões é direcionada de forma mais nítida a todos os tipos de transtornos mentais, em todos os seus níveis de gravidade. Os pacientes da Saúde Suplementar procuram o atendimento por sessões pelas mais variadas razões pessoais, e não chegam a ele apenas pela via da emergência ou da extrema gravidade. Porém, as sessões de terapia na Saúde Suplementar sofrem as limitações marcadas pela Resolução nº 167 da ANS, o que compromete seu andamento e sucesso. Além disso, a Saúde Suplementar raramente trabalha com o conceito de psicoterapia em grupo para pacientes acometidos por problemas de mesma base, restando a psicoterapia individual como única alternativa.

Essas diferenças apontam para falhas e avanços de ambos os sistemas de Saúde, bem como indicam a dificuldade de se delimitar e conceituar o que seria o “atendimento psicossocial por sessões”. Nota-se que o nome dado a esse tipo de atendimento varia dentro da própria regulação do SUS. Isso porque o leque de serviços englobados pela “terapia psicossocial por sessões” é muito abrangente e díspare.

No entanto, em ambos os sistemas de organização e regulação da saúde, o atendimento terapêutico por sessões é reconhecido como procedimento importante e já ocupa seu espaço distinto. A regulação da Saúde deve almejar chegar a uma definição mais clara sobre o tema para, depois, criar e estabelecer novas políticas de atendimento.

## **6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Para finalizar este Parecer, apresenta-se uma síntese geral com algumas considerações finais sobre o tema estudado, organizadas de acordo com a lógica da pesquisa realizada::

### **6.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A LEGISLAÇÃO DE PREVENÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

Nota-se que a legislação sobre Saúde no Sistema Único de Saúde expressa clara preocupação em delinear a importância de ações preventivas dentro do sistema, o que parece, no entanto, ainda não estar claramente refletido nas políticas públicas. As ações preventivas ainda concentram-se em poucos programas específicos, como, por exemplo, nos programas para atendimento de usuários de álcool e outras drogas.

Entretanto, a cobertura do atendimento mental na Saúde Suplementar, por sua vez, regulada por instrumentos normativos mais recentes, prevê ainda menos ações preventivas, e de forma meramente sugestiva.

Esse quadro aponta para a carência de medidas preventivas na Saúde Mental, e a conseqüente necessidade e importância de desenvolver mais estudos e propostas para a área, como forma de atender tanto os interesses da população como os interesses da gestão do SUS e da Saúde Suplementar.

A prevenção voltada para os transtornos mentais implica necessariamente na inserção comunitária das práticas propostas, com a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis. As estratégias de prevenção devem ser orientadas pela Lógica da Redução de Danos, devendo contemplar a utilização combinada do fornecimento de

informações sobre os transtornos mentais, como também facilitar a identificação de problemas pessoais e o acesso ao suporte para tais problemas.

No âmbito da saúde suplementar, mostra-se fundamental que a Agência Nacional de Saúde Suplementar insira a lógica da prevenção em suas normas sobre o plano de referência mínimo, impondo obrigações às operadoras de planos de saúde que garantam aos usuários do sistema suplementar o acesso aos serviços preventivos necessários para a redução dos riscos de doenças e de outros agravos à saúde, em especial no que tange à saúde mental.

Na medida em que a Constituição Federal define, em seu artigo 198, II, que uma das diretrizes do SUS é o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, parece-nos natural que um sistema criado para ser suplementar ao público tenha o dever de contemplar essas duas diretrizes em seus objetivos.

## **6.2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE EMERGÊNCIAS E ATENDIMENTO AMBULATORIAL E HOSPITALAR**

Percebe-se que a regulação da saúde mental no SUS vem desde o início dos anos 1990, confirmando-se nos primeiros anos do novo século. Por sua vez, a regulação da saúde mental na saúde suplementar é um pouco mais recente.

A cobertura de atendimento mental é ilimitada no âmbito do SUS, respeitando o princípio da integralidade. Diferentemente, na Saúde Suplementar, a cobertura é limitada, havendo uma concepção restrita da integralidade, condicionada à área geográfica abrangida pelo plano, ao rol de procedimentos mínimos, à limitação temporal de dias de internação por ano e à segmentação contratada (ambulatorial ou hospitalar).

Além disso, de acordo com o art. 8º, inc. I, da Lei 9.656/98, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem ser registradas nos Conselhos Regionais

de Medicina e Odontologia. Não há exigência neste sentido no que se refere aos Conselhos Regionais de Psicologia.

Tudo isso denota uma assimetria entre o tratamento dado aos serviços de psicologia no âmbito do SUS e na seara da Saúde Suplementar. A Saúde Suplementar, tal como regulamentada atualmente, não garante aos consumidores de planos privados de assistência à saúde o pleno exercício do direito à saúde no que concerne à saúde mental, seja no âmbito do atendimento ambulatorial, seja na seara do atendimento hospitalar.

Não obstante isso, tanto na esfera do SUS como no campo da Saúde Suplementar é reconhecida a necessária multiprofissionalidade da atenção à saúde, o que impõe a adequada inclusão da psicologia e de outras profissões da saúde nos serviços de saúde, inclusive no que tange ao atendimento ambulatorial, hospitalar e de emergência. Portanto, a regulação da Saúde Suplementar deve caminhar em direção a cada vez maior abrangência multiprofissional, por meio da diminuição de limitações ao atendimento psicológico, em direção à eliminação dessas limitações, tudo isso em homenagem ao direito humano fundamental à saúde.

Por outro lado, o Código de Ética do Profissional Psicólogo estabelece princípios fundamentais, os quais são baliza para a evolução do reconhecimento social e jurídico da Psicologia. Para o escopo deste trabalho, é importante referir os seguintes princípios:

II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades (...).

III. O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural.

IV. O psicólogo atuará com responsabilidade, por meio do contínuo aprimoramento profissional, contribuindo para o desenvolvimento da Psicologia como campo científico de conhecimento e de prática.

V. O psicólogo contribuirá para promover a universalização do acesso da população às informações, ao conhecimento da ciência psicológica, aos serviços e aos padrões éticos da profissão.

(...)

VII. O psicólogo considerará as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais, posicionando-se de forma crítica e em consonância com os demais princípios deste Código.

Em face do exposto, a ampliação da cobertura do atendimento ambulatorial e hospitalar em saúde mental, na órbita jurídica da saúde suplementar, é uma legítima pretensão dos profissionais da psicologia, amparada pelos princípios fundamentais que norteiam o exercício dessa profissão. Neste aspecto, compete à Agência Nacional de Saúde Suplementar fazer as adequações normativas necessárias para que o Plano de Referência previsto pela Lei 9.656, de 1998, seja de fato um plano de saúde capaz de dar o atendimento mínimo à saúde aos usuários do sistema de saúde suplementar. Este atendimento mínimo, a ser oferecido no âmbito do plano de referência da saúde suplementar, deve ser capaz de desafogar o sistema público de saúde, oferecendo soluções terapêuticas amplas e resolutividade no atendimento.

### **6.3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE ATENDIMENTO POR SESSÕES**

Há uma clara diferença no tratamento da terapia psicossocial por sessões no SUS e na Saúde Suplementar. O SUS concebe a terapia psicossocial como instrumento para lidar com transtornos mentais severos e persistentes, compreendendo sessões de terapia individuais e em grupo. As sessões de terapia em grupo representam a alternativa mais interessante para o SUS, na medida em que exigem poucos recursos para atender a maior quantidade de pacientes. Após passar pela porta de entrada do SUS, o paciente é

redirecionado para serviços de atendimento previstos para seu tipo de transtorno, o que, por vezes, recai na terapia psicossocial por sessões em grupos e, em casos mais específicos, de atendimento individual.

Na Saúde Suplementar, a terapia psicossocial por sessões é direcionada de forma mais nítida a todos os tipos de transtornos mentais, em todos os seus níveis de gravidade. Os pacientes da Saúde Suplementar procuram o atendimento por sessões pelas mais variadas razões pessoais, e não chegam a ele apenas pela via da emergência ou da extrema gravidade. Porém, as sessões de terapia na Saúde Suplementar sofrem as limitações marcadas pela Resolução nº 167 da ANS, o que compromete seu andamento e sucesso. Além disso, a Saúde Suplementar raramente trabalha com o conceito de psicoterapia em grupo para pacientes acometidos por problemas de mesma base, restando a psicoterapia individual como única alternativa.

Essas diferenças apontam para falhas e avanços de ambos os sistemas de Saúde, bem como indicam a dificuldade de se delimitar e conceituar o que seria o “atendimento psicossocial por sessões”. Nota-se que o nome dado a esse tipo de atendimento varia dentro da própria regulação do SUS. Isso porque o leque de serviços englobados pela “terapia psicossocial por sessões” é muito abrangente e díspare.

No entanto, em ambos os sistemas de organização e regulação da saúde, o atendimento terapêutico por sessões é reconhecido como procedimento importante e já ocupa seu espaço distinto. A regulação da Saúde deve almejar chegar a uma definição mais clara sobre o tema para, depois, criar e estabelecer novas políticas de atendimento.

Sendo este o Parecer, submetemos ao Conselho Federal de Psicologia para análise e adoção dos encaminhamentos que o sistema conselhos de psicologia julgar necessários. A equipe do CEPEDISA coloca-se à disposição do CFP para quaisquer esclarecimentos necessários sobre o conteúdo deste Parecer Jurídico Final.

#### **6.4 NECESSIDADE DE APERFEIÇOAMENTO DA REGULAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR PARA A PROTEÇÃO DA SAÚDE MENTAL**

A Saúde Suplementar, tal como regulamentada atualmente, não garante aos consumidores de planos privados de assistência à saúde o pleno exercício do direito à saúde no que concerne à saúde mental, seja no âmbito do atendimento preventivo, ambulatorial, hospitalar ou por sessões.

À luz dos princípios e diretrizes estabelecidos em nossa Constituição Federal de 1988, é fundamental que a sociedade, por meio dos diversos instrumentos democráticos existentes, faça as interlocuções necessárias com o órgão regulador da saúde suplementar para a melhoria do sistema.

Destaca-se, neste sentido, a participação ativa nas discussões realizadas no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar para a definição dos Planos de Referência.

No que diz respeito às inconstitucionalidades e ilegalidades que podem ser identificadas na regulação e na organização do setor no que diz respeito à saúde mental, vale ressaltar a possibilidade do desenvolvimento de parcerias com outros conselhos de profissionais de saúde que também são negligenciados na regulação da Agência, tais como fisioterapia, educação física, nutrição, entre outros.

Finalmente, não sendo possível a solução dos atuais problemas regulatórios identificados na atual normatização da ANS diretamente com os órgãos da própria Agência, deve-se destacar a importância do Ministério Público Federal para a adoção de medidas jurídicas cabíveis necessárias para a correção dos vícios de constitucionalidade e legalidade identificados no presente estudo. Assim, uma possibilidade sempre aberta ao sistema conselho de psicologia é a de representar ao Ministério Público

Federal, para que esta importante instituição atue no sentido de apurar os vícios de constitucionalidade e legalidade existentes e fiscalizar a regulação estatal sobre o setor da saúde suplementar no âmbito da saúde mental, com a conseqüente adoção das medidas judiciais cabíveis para a correção das distorções identificadas.

É preciso evitar o estabelecimento de normas de regulação dos planos de referência que somente levem em conta somente os fatores econômicos, gerando aos usuários uma carência no oferecimento de serviços de atendimento de patologias relacionadas à saúde mental, em especial serviços de psicologia psicoterapia.